This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

COUNTWAY LIBRARY
HC 2VS3 7

Library
Boston Psychopathic
Hospital

Boston, Massachusetts

WITHDRAWN
WITHDRAWN

E16.802

1·31

RECHERCHES

SUR LES

ZONES HYSTÉROGÈNES

RECHERCHES

SUR LES

ZONES HYSTÉROGÈNES

PAR

RAOUL GAUBE

Docteur en Médecine

PARIS

OCTAVE DOIN, LIBRAIRE-ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1882

hysteria.

19Nh
G2
1141

HARVARD MEDICAL LIBRARY
IN THE
FRANCIS A. COUNTWAY
LIBRARY OF MEDICINE

RECHERCHES

SUR LES

ZONES HYSTÉROGÈNES

Historique.

On sait, depuis les mémorables expériences de M. Brown-Séquard (1), que, chez les cobayes rendus épileptiques par lésions du sciatique, il existe au cou et à la face du côté correspondant, une zone cutanée anesthésique dont l'excitation détermine *immédiatement* l'explosion d'attaques convulsives, semblables à celles qu'ont spontanément ces animaux. M. Brown-Séquard a appelé ces régions : *zones épileptogènes.*

Les hystériques présentent des phénomènes analogues. Il y a souvent chez elles certains territoires nerveux dont l'excitation est suivie d'accès convulsifs. On les connaît, depuis les travaux de l'École de la Salpétrière, sous le nom de *zones hystérogènes.*

Il faut entendre sous cette dénomination « des régions (2) du corps, en général très circonscrites, au niveau des-

(1) Brown-Séquard. *Nouvelles recherches sur l'épilepsie. Arch. de Physiologie*, 1869, 1re série.

(2) Iconogr. phot. de la Salp., tome III, p. 36.

quelles une pression plus ou moins forte produit, dans un temps variable, en partie ou en totalité, les phénomènes qui caractérisent l'attaque hystérique et qui jouent souvent et spontanément un rôle important dans l'aura hystérique. »

La lecture des vieux livres sur la démonopathie ne révèle aucun fait capable de faire supposer que la notion des zones hystérogènes existât à cette époque. Pilet de la Menardière (1) donne une liste curieuse des religieuses et des séculières possédées ou maléficiées. Chez chacune d'elles, la place occupée par les démons est indiquée. « Ces filles, en effet, ressentaient en différents points du corps, et principalement au creux de l'estomac, dans la région précordiale, aux côtés de la poitrine et dans la tête, au front ou à la tempe, des sensations douloureuses d'une nature particulière qu'elles attribuaient à la présence des démons dans ces différentes parties (2). » Nous n'en donnons qu'un exemple :

« Sœur Claire de Sazilli, a huit démons : le premier, Zabulon des Trônes, au milieu du front; le deuxième Nephthali des Trônes, au bras droit; le troisième est un diable *sans fin*, autrement Grandier des Dominations, qui a sa résidence à la deuxième côte du côté droit; le quatrième, Elimini des vertus, au côté de l'estomac; le cinquième est l'ennemi de la vierge des chérubins, il a sa résidence au-dessous du col; le sixième, Pollution des chérubins, a sa résidence au-dessous du cœur; le septième, Verrine des Trônes, a sa résidence à la tempe gauche; le huitième, Concupiscence des chérubins, à la tempe droite... »

(1) *La démonomanie de Loudun*, in-8°, 1864, in Richer.

(2) Richer. *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, 1881, p 631

Il est difficile, on le verra plus tard, de méconnaître les analogies, tout au moins de position, qui existent entre ces régions douloureuses et celles occupées par les zones hystérogènes.

En 1513, Mercado (1) et au dix-septième siècle Willis (2), parlent de la compression abdominale pour l'arrêt des attaques. Ils ne disent pas que cette compression pût être excitatrice. Il en est de même d'une malade de Pomme (3), chez laquelle on peut supposer l'existence d'une zone hystérogène. Mais rien ne fait croire que Pomme l'ait même soupçonnée.

Il faut arriver au milieu de ce siècle pour trouver trace de la connaissance des zones hystérogènes. En 1837, Brodie cite l'observation d'une demoiselle sujette à des « accès très douloureux, pendant lesquels elle ne pouvait respirer et qui s'accompagnaient d'une sensation de constriction de la poitrine et d'une excitation générale. » Chez cette malade, « il y avait un point spécial près du cartilage ensiforme... sur lequel la pression du doigt ne manquait jamais de faire éclater un de ces paroxysmes » (4).

En 1846, Schutzenberger reconnaît l'*ovaralgie*. « Le spasme hystérique, dit-il, peut avoir un point de départ tout local... *le plus souvent, ce point de départ est l'ovaire...* » Et, il ajoute : « Mais en fait, d'*autres excitations nerveuses locales* peuvent produire des accidents analogues » (5).

Et il cite, en note, une névralgie de la cinquième paire

(1) Mercado. *Virginum et viduarum affectionibus*, p. 546. Francfort, 1620.

(2) Willis. *De morbis convulsivis*, tome II, p. 34.

(3) Pomme. *Traité des vapeurs*, 1782.

(4) Brodie. *Affections nerveuses locales*. 1837. Traduction Douglas-Aigre, 1880.

(5) Schutzenberger. *Étude sur les causes organiques et le mode de production des affections dites hystériques. (Gaz. méd. de Paris*, 1846, p. 770 et 771.)

« accompagnée de convulsions avec perte de connaissance. » Plus loin : « Tout récemment, nous avons vu une fille chez laquelle la pression du *nerf frontal* et *sous-orbitaire droit* (1) produisait des pertes de connaissance avec tremblement convulsif. Chez une de ses malades « existait une douleur vive à la pression de toutes les apophyses épineuses cervicales et dorsales, douleur surtout intense à la nuque. » En continuant la pression, il survint un tremblement convulsif de la mâchoire inférieure, produisant un claquement de dents... Ce phénomène, qui dure près d'une minute, est suivi de constriction du pharynx et de la glotte, puis, d'une toux analogue à celle de la coqueluche. Le spasme de la glotte augmente, et la malade, en proie à une anxiété extrême, fait de vains efforts d'inspiration ; la face devient bleue et gonflée ; la femme se tord et comprime, pour se soulager, avec les deux poings, la région épigastrique. Après les efforts d'inspiration, série de hoquets suivis d'éructations, puis de souffle, avec efforts considérables d'expiration. Les accès d'étouffement continuent et semblent menacer d'asphyxie prochaine ; enfin tout se termine par l'expuition d'une grande quantité de mucosité spumeuse » (2).

Dans cette même observation, Schutzenberger reconnaît un foyer « dans la région épigastrique dont la pression, également douloureuse, provoque des attaques. »

Enfin, après avoir rapporté les faits de Brodie et de Romberg, Schutzenberger conclue :

« 1° Que certaines excitations nerveuses locales, le plus souvent continues, peuvent devenir la cause organique de perturbations fonctionnelles intermittentes, se traduisant

(1) Une de nos malades a présenté les mêmes phénomènes. (*Obs. V*).

(2) Schutzenberger. *Loc. cit.* p. 832.

sous forme d'attaques ou d'accès convulsifs, plus ou moins généralisés, avec ou sans perte de connaissance.

« 2° Que chez les femmes, l'excitation ovarique est la cause la plus fréquente de ce genre de perturbation.

« 3° Que d'autres excitations locales sont susceptibles de produire des phénomènes analogues et qu'une investigation attentive pourra révéler ces foyers d'excitation locale » (1).

La question était bien posée, la voie ouverte aux observateurs. Treize ans après, en 1859, paraît le traité de Briquet . La question ne fait point un pas. Pour des considérations d'ordre peu scientifique, Briquet cherche à détruire la localisation à l'ovaire de la douleur iliaque. Il en fait une myodynie et la rapporte à l'extrémité inférieure du muscle oblique. Il relate, il est vrai, l'existence de quelques zones hystérogènes; mais il en fait des myosalgies.

« En prenant modérément avec le bout de l'index le muscle sur le trajet duquel siège la douleur, en l'agaçant modérément par le grattement avec le bout du doigt, en ayant grand soin de ne pas agir sur les parties plus profondément situées, on fait naître de la douleur si elle n'était pas sentie auparavant, ou bien on l'exaspère si elle existait déjà... La douleur ainsi produite est très vive, fait faire des contorsions à la malade, ou lui fait jeter des cris, et quelquefois même provoque une attaque hystérique convulsive avec perte complète de connaissance » (2).

Plus loin, à l'article *rachialgie* : « La rachialgie a plusieurs degrés ; dans le plus léger, les malades ne se doutent pas qu'elles ont de la douleur au rachis... presque toujours à ce degré, c'est le médecin qui fait connaître à la malade

(1) Schutzenberger. *Loc. cit.*, p. 833.

(2) Briquet. *Traité clinique de l'hystérie*, 1859, p. 208.

étonnée l'existence d'une douleur qu'elle ignorait. A un degré plus élevé, la douleur est perçue par les malades... Si l'on presse fortement les apophyses épineuses et les muscles de la partie correspondante à la gouttière vertébrale, on provoque à l'instant même de l'oppression et de la constriction à l'épigastre. »

Des faits semblables avaient été vus par Willing et Turck (1). En 1868, Baillif (2) rapporte que, chez une de ses malades, une légère friction de l'appendice xyphoïde provoquait une attaque. Chez une autre, au contraire, cette même friction arrêtait la crise. « Chez certaines hystériques, ajoute-t-il, on trouve nombre de points assez sensibles, pour que, par des frictions assez vives, ils deviennent le point de départ de réflexes pouvant occasionner l'attaque » (3).

Hammond parle de douleurs qu'éprouvent les malades au niveau des muscles du thorax et du dos. C'est cette dernière région qui est de préférence atteinte, et cela dans l'espace interscapulaire, au niveau des lombes et des muscles de la gouttière vertébrale. Les viscères peuvent être aussi hypéresthésiés; parmi eux, c'est l'ovaire qui est le plus souvent affecté. « J'ai réussi plusieurs fois, dit-il, à provoquer des attaques hystériques en exerçant une pression modérée sur l'ovaire, et il est rare que je n'aie pas trouvé l'un ou l'autre de ces organes plus ou moins sensibles chez les malades que j'ai examinées à ce point de vue » (4).

M. Bernutz, dans son excellent article *Hystérie du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, signale

(1) Turck. *Sitzungberg der Kais, Académie der Wirsenchzften zu Wien.*, 1859.

(2) Baillif. *Sommeil magnétique. Thèse.* Strasbourg, 1868.

(3) Baillif. *Loc cit.* in *Buet. Zones hystérogènes.*

(4) Hammond. — Traité des maladies du système nerveux, traduction Labadie-Lagrave. Chapitre *hystérie.*

les points apophysaire, hyoïdien et épigastrique capables de provoquer une attaque.

Nous arrivons aux travaux de l'école de la Salpétrière.

Briquet faisait de la douleur iliaque une *myodynie hystérique*. M. Charcot, dans ses *leçons sur les maladies du système nerveux*, détruit cette localisation et montre, d'accord avec Schutzenberger, que la douleur doit se rapporter à l'ovaire. Au niveau de la douleur iliaque, ni la peau (elle est souvent anesthésiée), ni les muscles ne peuvent en être le siège. Ceux-ci, s'ils sont lâches, peuvent être soulevés et pincés. Il faut, dès lors, pousser son investigation plus loin et pénétrer dans l'abdomen. C'est là que se trouve le foyer de la douleur. L'exploration profonde de la région fait reconnaître aisément la portion du détroit supérieur qui décrit une courbe à concavité interne. C'est un point de repère. Vers la partie moyenne de cette crête rigide, la main rencontre, avec un peu d'habitude, un corps ovoïde, allongé transversalement, c'est l'ovaire.

« C'est à ce moment de l'exploration, dit M. Charcot (1), que l'on provoque surtout la douleur, et qu'elle se révèle avec des caractères *pour ainsi dire spécifiques*. Il ne s'agit point là, en effet, d'une douleur banale, car c'est une sensation complexe qui s'accompagne de tout ou partie des phénomènes de *l'aura hystérica*, tels qu'ils se produisent eux-mêmes à l'époque des crises, et cette sensation provoquée, les malades la reconnaissent pour l'avoir ressentie cent fois! »

Depuis, d'autres preuves sont venues à l'appui de cette

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, tome 1er, p. 325, 1re édition, 1872.

localisation de la douleur iliaque à l'ovaire. M. Ferré (1) a démontré que pendant la grossesse, la douleur iliaque se déplace et qu'elle suit l'ovaire dans son mouvement d'ascension.

M. Charcot a poussé l'analyse plus loin. Après avoir fait voir comment la compression méthodique de l'ovaire peut déterminer la production de l'aura ou même de l'accès complet, il démontre qu'une compression plus énergique est capable d'enrayer le développement de l'accès lorsqu'il est à son début, ou même d'y couper court, lorsque déjà l'évolution des accidents convulsifs est plus ou moins avancée.

Si l'invention de ce procédé n'appartient pas à M. Charcot (2), il était du moins complètement oublié; c'est à lui que nous devons de l'avoir maintenant définitivement fixé dans la science.

Il est probable qu'il remonte aux temps les plus antiques; toujours est-il qu'il est antérieur au seizième siècle. Dans l'épidémie de Saint-Jean, les individus se plaignaient, dit Hecker, d'une anxiété épigastrique et demandaient qu'on leur comprimât le ventre avec des draps. C'est surtout lors de l'épidémie de Saint-Médard (3) qu'apparaît bien distincte la pratique des *secours?* Il s'agissait de manœuvres ayant pour effet la compression de l'abdomen. A l'aide d'un *chenêt* pesant, on frappait à coups redoublés sur le ventre. Tantôt le *pilon* remplaçait le chenêt.

Dans un autre cas, un homme joignait les deux poings et les appuyait avec énergie sur le ventre de la convul-

(1) Ferré. *Archives de neurologie*, tome III, 1882, p. 297.

Voir aussi Chaignot. *Etudes sur l'exploration de la sensibilité de l'ovaire et en particulier de la douleur ovarique chez la femme enceinte.* 24, Paris 1879.

(2) Voir Charcot, *loc. cit.*, tome I, p. 331 et suiv.

(3) Carré de Montgeron. *La vérité des miracles*, in-4°, 1737.

sionnaire. C'était le secours affectionné par *sœur Margot*.

Cette pratique, toutefois, ne s'est pas répandue. Il faut en arriver aux temps modernes, pour voir Récamier la remettre en honneur. Et encore son exemple ne fut-il suivi que par Négrier (1). Pour ce dernier, l'ovaire est bien le point de mire. « Une forte et large pression exercée par l'intermédiaire de la main sur la *région ovarienne*, suffit, dit-il, dans plusieurs cas pour enrayer et supprimer complètement l'attaque convulsive. »

Nous en avons fini avec l'ovaire. Mais là ne se bornent pas les recherches de M. Charcot et de ses élèves. Si Brodie, Schutzenberger et quelques autres ont mentionné l'existence de zones hystérogènes, c'est à l'école de la Salpétrière que nous en devons la description complète et détaillée. Nous allons rapidement résumer ses travaux ayant sous les yeux l'iconographie de MM. Bourneville et Regnard (2), le traité clinique de M. Richer (3), et la thèse inaugurale de M. Buet (4).

« Les régions hystérogènes que nous connaissons aujourd'hui, dit M. Bourneville (5), occupent le *siège* suivant : 1° la ligne médiane de la tête, à partir de la réunion du frontal aux pariétaux jusqu'au sommet de la tête ; — 2° le sternum ; — 3° et 4° l'un des espaces intercostaux, au voisinage du bord correspondant du sternum ou de l'épaule, au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule ; — 5° et 6° ou au-dessus ou en dehors des seins sur une ligne verticale qui descendrait du milieu de l'aisselle ; — 7° ou au-dessous

(1) Négrier. *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires*, etc., 1858.

(2) Bourneville et Regnard. *Iconog. photog. de la Salpêt.*, tome III.

(3) Richer. *Traité clinique de l'hystéro-épilepsie*, 1881.

(4) Buet, *Zones hystérogènes. Thèse*, Paris, 1881.

(5) Bourneville et Regnard, *loc. cit.*, p. 37 et 38.

des seins; — 8° les apophyses épineuses de quelques-unes des vertèbres cervicales et dorsales ou leurs gouttières; — 9° la partie centrale des flancs; — 10° la région des ovaires; — et enfin 11° le pli de l'aine, à quelques centimètres au-dessous de la crête iliaque. » A cette énumération, M. Buet (p. 21) ajoute le point épigastrique ou xyphoïdien. Ainsi donc, « les zones hystérogènes occupent le tronc exclusivement » (1).

« Nous n'en avons observé aucun sur les membres, ajoute M. Buet (p. 17). Est-ce à dire qu'il n'en existe pas, c'est probable; mais l'étude de cette question est peut-être encore trop récente pour que l'on puisse l'affirmer dès maintenant. » La réserve était prudente. Les zones hystérogènes sont plus fréquentes en avant qu'en arrière, dit M. Richer: en avant, elles occupent les parties latérales, et sont, le plus souvent, doubles et symétriques; en arrière, elles sont le plus souvent uniques et médianes; enfin, elles existent plus fréquemment à gauche qu'à droite. Les zones unilatérales ont, jusqu'ici, toujours été situées à gauche.

L'inconstance du rapport des zones avec la sensibilité; les variations de leur excitabilité, qui augmente d'autant plus que l'attaque convulsive est plus imminente et qui s'amoindrit une fois la malade « déchargée » ; l'action frénatrice des zones, leurs propriétés excito-motrices; la prédominance qu'a ordinairement sur elles l'ovaire; la conservation de leur énergie pendant l'attaque et sous le sommeil hypnotique, tout cela a été bien vu, bien analysé, et, aujourd'hui, nous ne pouvons qu'apporter de nouveaux documents à leur appui. Mais il est une série de faits qui

(1) P. Richer, *loc. cit.*, p. 38.

ont été négligés ou à peine entrevus. Nous avons tâché de les élucider.

Nous sommes de ceux qui croient que, dans une maladie composée de phénomènes aussi bizarres, d'apparence aussi incohérente que l'est l'hystérie, chaque symptôme doit être pris à part, profondément fouillé. Il faut constituer les épisodes. Les vues d'ensemble se présenteront plus tard, alors que les matériaux seront assez abondants. C'est, à propos des zones hystérogènes, l'œuvre à laquelle nous nous sommes attaché. Sans le concours de M. Pitres, sous les yeux duquel toutes nos observations ont été prises, sans la direction de ce maître éminent qui a bien voulu contrôler nos expériences et le plus souvent les susciter, nous n'aurions pas osé aborder une tâche aussi délicate. Qu'il reçoive ici le témoignage de notre vive reconnaissance.

Ce travail comprend six chapitres.

Le premier est tout entier consacré aux observations. Dans le deuxième, nous passons en revue la topographie, les caractères physiques des zones hystérogènes; nous étudions la nature des douleurs spontanées dont elles sont parfois le siège; nous les différencions des zones simplement douloureuses qui peuvent coexister avec elles chez une même malade; nous voyons enfin si, pendant l'attaque convulsive, la catalepsie, elles conservent leur efficacité. Le troisième chapitre est consacré à leur apparition et disparition spontanées; le quatrième, aux excitations qui peuvent les mettre en jeu, au siège précis qu'occupent les zones; dans le cinquième, nous étudions les différentes actions locales ou générales sous l'influence desquelles les zones peuvent disparaître. Le sixième enfin est réservé à nos conclusions générales.

Observation I

Sommaire. — Antécédents. — Première attaque convulsive à vingt-cinq ans, à l'occasion d'une vive contrariété. — Délire consécutif. — Aura hystérogène et ovarienne bien nettes.

État actuel (1882). — Menstruation régulière. — Hémianesthésie gauche cutanée et sensorielle. — Force musculaire. — Description des attaques avec ses trois phases : épiléptoïde — clonique — délirante. — Catalepsie consécutive. — Traitement des attaques.— Catalepsie provoquée.— Force musculaire pendant la catalepsie. — Hallucinations provoquées. — Traitement de la catalepsie. — Zones douloureuses. — Zones hystérogènes.

Mor... Alb..., cuisinière, née à Bordeaux et habitant cette ville, est entrée, le 8 décembre 1881, âgée de 26 ans, à l'hôpital Saint-André (service de M. Pitres).

Antécédents. — Enfant naturel, Alb... n'a jamais connu ses parents. Elle fut, à un mois, confiée à une nourrice. A trois ans, fièvre typhoïde (?) A sept ans, croup qui nécessita la trachéotomie. De sept à douze ans, la santé d'Alb... fut excellente. Pas de lymphatisme ni de scrofule. A douze ans, Alb... est employée comme domestique à Blaye. Elle reste quatre mois chez ses maîtres, puis est prise de fatigue, de lassitude générale. Elle avait « le ventre gros, distendu ». Il n'y avait pas d'enflure des membres, ni du visage. Elle demeure à Blaye cinq mois dans cet état. Pas une ponction n'a été faite. Applications fréquentes de ventouses sur l'abdomen. De là, transférée dans un hospice, elle y reste six ans. Pendant les trois premières années, son état ne s'améliore pas; mais au bout de ce temps, les règles arrivent et le gonflement du ventre disparaît. Alb... avait alors seize à dix-sept ans. Elle reste encore trois ans dans cet hospice, complètement guérie.

Les règles se sont établies difficilement. Elles furent précédées de douleurs lombaires et en ceinture très vives, de vomissements, de céphalalgie. Pas d'épistaxis ni d'hémoptysie. Flux abondant durant huit à dix jours. Les mois suivants, même série de symptômes. Une fois l'écoulement établi, toute douleur disparaissait.

Jusqu'ici, pas d'attaques de nerfs, de hoquet convulsif ni de paralysie. C'est alors qu'Alb... entre au service d'un négociant, M. Alfred. Elle devient, au bout de deux ans, sa maîtresse (22 juin 1877). Les rapports étaient douloureux. La douleur, occupant d'abord le vagin

et le bas-ventre, remontait et lui donnait des langueurs d'estomac. Puis c'était un « agacement général », qui ne durait que quelques minutes. Mais alors, tout consistait en cet « agacement ». Les titillations du clitoris, très fréquentes, amenaient le même résultat.

C'est au mois de février 1881, à l'âge de *vingt-cinq ans*, que se montra la *première attaque convulsive*. Alb... venait de se disputer avec M. Alfred. Ces disputes se renouvelant trop fréquemment, elle voulut en finir. Elle acheta un revolver et le chargea de deux balles, « l'une pour lui, l'autre pour elle. » Elle portait l'arme dans son tablier et allait s'en servir, lorsqu'une parole affectueuse de son amant le « sauva. » Elle descendit à sa cuisine et pleura à chaudes larmes pendant une demi-heure environ. Elle sentit alors ses mollets et ses jarrets lui faire mal, autant d'un côté que de l'autre; puis fut prise de langueurs d'estomac, et, sentant son indisposition augmenter, monta dans sa chambre et se coucha.

Un moment après, une douleur partit du flanc gauche, monta vers l'épigastre, causa des palpitations, l'étrangla, et lui fit perdre connaissance. Voilà tout ce que la malade se rappelle. Elle ajoute (mais ces renseignements lui ont été rapportés) que M. Alfred, attiré par ses cris, la trouva en proie à des *convulsions*. Pas d'écume. Après les convulsions, elle parlait et racontait ce qui, quelque temps auparavant, avait fait l'objet de conversations ou de discussions avec M. Alfred. Elle chantait à la fin du délire. Alb... était alors bien réglée.

Du moment où les attaques ont commencé, Alb... les eut cinq à six fois par jour, et, généralement, une fois à minuit. La période convulsive était toujours la même, les douleurs des jarrets, l'aura, ne variaient pas. Le délire seul changeait suivant les circonstances qui avaient précédé l'attaque. Les rapports avec M. Alfred continuaient, mais moins fréquents Pas d'attaques pendant le coït.

A cette époque, la malade souffrait, non de la région ovarienne gauche, mais du milieu du ventre. Quelque chose la serrait. Cette constriction était intermittente et il ne paraît pas qu'elle fît partie de l'aura. Elle souffrait également sous le sein, surtout sous le sein gauche. Ces douleurs n'étaient pas spontanées, mais se montraient à la moindre pression. Des douleurs existaient aussi au milieu du dos et aux jarrets, surtout au jarret droit. Alb... rappelle que les attaques étaient précédées, de 10 à 15 minutes, par des douleurs dans les deux jarrets, surtout dans le droit, douleurs sourdes et bien limitées. La boule ne montait qu'après. Aucun renseignement sur sa sensibilité à cette époque.

Dans l'intervalle des attaques, Alb... avait des langueurs d'estomac, elle a vomi plusieurs fois des aliments ou des glaires, suivant le moment de la journée. Céphalalgie frontale intense. Bonne menstruation. Pas d'hallucinations en dehors des attaques.

De février à juin, la fréquence des attaques rendait impossible tout travail. A partir de juin, les crises s'espacèrent; en décembre, elles ne se montraient plus qu'à intervalles assez longs. Elles conservaient toujours les mêmes allures; les points douloureux, non plus, ne variaient pas.

Le 3 novembre 1881, Alb... entrait à l'hôpital Saint-André (service de M. Lannelongue) pour des douleurs abdominales. Un large vésicatoire fut posé sur le ventre. Il n'était pas sec que la malade fut envoyée à M. Pitres. Elle venait d'avoir plusieurs attaques.

Étude de la malade dans le service.

Alb... est âgée de vingt-six ans, brune, petite et de grosseur moyenne. L'intelligence est très ordinaire; la mémoire paraît assez bonne. Elle est d'un caractère facile et maniable. Elle ne sait ni lire, ni écrire. Elle ne présente aucune trace de rachitisme; le bassin et les membres sont bien conformés. Pas de cicatrice scrofuleuse, ni d'engorgement ganglionnaire chronique. Les *seins* sont peu développés — *système pileux* assez abondant.

Depuis son entrée dans le service, les *règles* reviennent périodiquement, elles paraissent à la fin de chaque mois et durent deux à trois jours, abondantes, bien colorées. Il ne semble pas qu'elles aient une influence sur la fréquence ou la durée des attaques. Une seule fois, nous avons noté de nombreuses crises alors qu'approchait la période cataméniale. Mais alors l'établissement des règles a été très douloureux. D'ailleurs, les crises ont cessé avec l'administration de lavements laudanisés.

Sensibilité générale. — Normale à droite. A gauche, *anesthésie complète* (pincement — piqûre — froid et chaud). Un seul point dans tout le côté gauche n'est pas insensible. Il répond à la région poplitée. Il s'étend de l'insertion des jumeaux à trois travers de doigt au-dessous du pli articulaire (*fig. 1*). Sur la ligne médiane, l'anesthésie disparaît brusquement. Pas d'hypéresthésie.

Obs. I. — (Alb... Moc...)

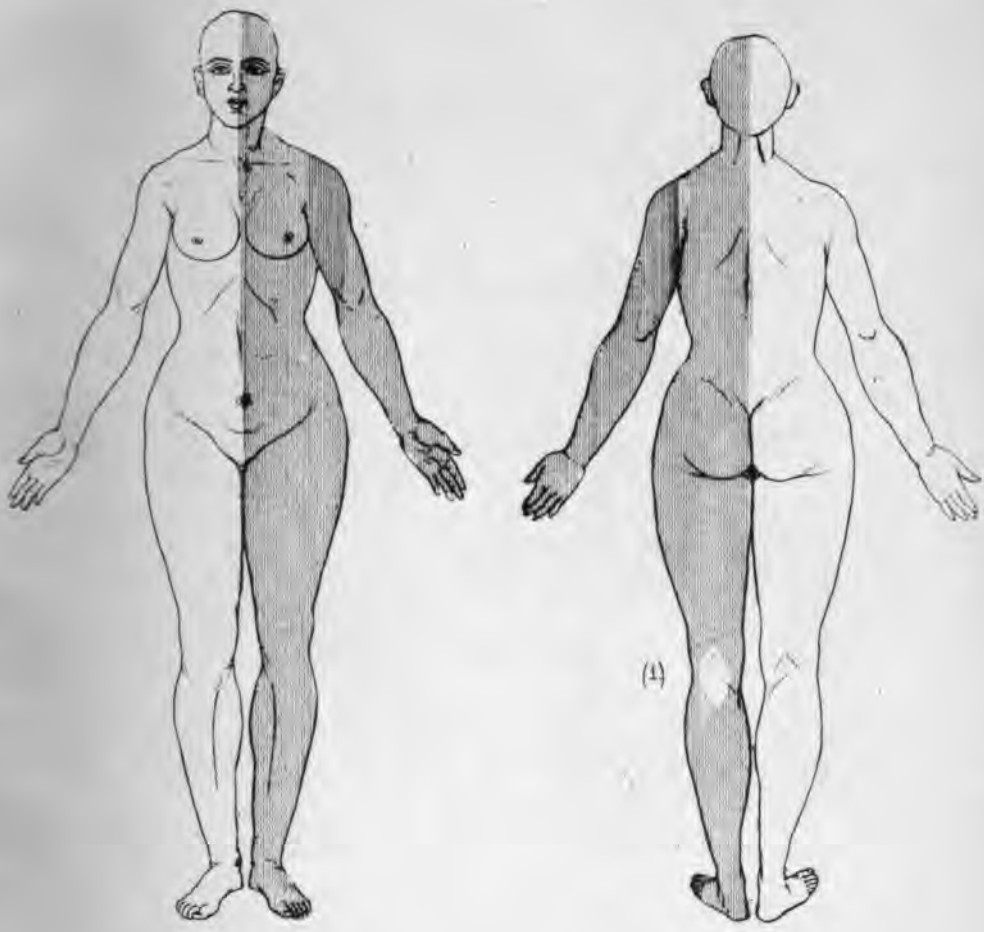


Fig. 1.

Hemianesthésie Gauche.

(1) Plaque sensible au niveau des creux poplités du coté anesthésique.

Sens spéciaux. — Ils sont normaux à droite. A gauche, la *vision* est affaiblie. Pas de phosphènes, ni de troubles pupillaires. L'*ouïe* est obtuse, le tic-tac d'une montre n'est entendu qu'à 15 centimètres. L'*odorat* (ammoniaque — chloroforme) et le *goût* (acide acétique et sel marin) sont presque abolis.

A gauche, les *muqueuses* oculaires, olfactives, auditives et buccales (joues, voûte et voile du palais), ainsi que la muqueuse vulvaire sont insensibles. *Toute la langue est anesthésique.*

Métalloscopie. — Alb... est sensible au *fer*. Par l'application d'une plaque de fer sur un point du côté gauche anesthésique, on fait revenir la sensibilité, d'abord au point de contact, puis dans un rayon autour de la plaque, d'autant plus grand que l'application a été plus prolongée.

Alb... est également sensible au *buis*.

Force musculaire au dynamomètre de pression (Mathieu) :

Main droite.....	26 kilogrammes.
Main gauche.....	23 —

Fonctions digestives. — Elles se font bien. L'appétit est ouvert, les aliments bien conservés. Pas de pyrosis. Les langueurs d'estomac ne se montrent que pendant les prodromes de l'attaque. Après une série d'attaques, l'appétit augmente, la malade, en se réveillant, « mangerait tout ce qu'on lui offrirait. » Elle demande souvent à boire.

Sécrétions. — Pas d'augmentation des sécrétions salivaire ou lacrymale. Pas d'hypersécrétion vaginale.

Cœur. — Pas de lésions. Les bruits sont nets, les claquements bien frappés.

Poumons, foie, rate, reins. — Sains.

Attaques. — Alb... a ses attaques généralement le matin. Il est assez rare qu'elles se montrent dans la soirée. L'après-midi, elle est tranquille et sort de la salle. Le matin, ses attaques sont rarement isolées. Elle en a ordinairement deux, parfois trois. Elles ne sont pas subintrantes.

Quand, après une attaque, la décharge n'est pas complète, Alb... se laisse aller dans son lit, sans prendre soin de rajuster ses vêtements, elle n'aime pas qu'on l'approche, se plaint de langueurs d'estomac. Elle sent que « ça va recommencer. » Une fois remise, au contraire,

Alb... s'arrange, se coiffe et parfois se parfume, refait son lit et, finalement, reprend son tricot ou descend du lit. Les voisines ne s'y trompent pas.

Prodromes. — Un quart d'heure à vingt minutes avant l'attaque, Alb... se trouve « changée. » Elle devient indifférente à ce qui se passe autour d'elle. — Pas d'hallucinations d'aucun sens. — Le ventre se ballonne. Borborygmes. Alb... sent des langueurs d'estomac. — La respiration devient oppressée. — Pas de hoquet, de rires, ni de bâillements.

Aura hystérogène. — Elle se distingue à peine de la période prodromique. En effet, dès le début de cette dernière, Alb... ressent dans les deux jarrets, et principalement dans le droit, une douleur constrictive, profonde, locale, qui va toujours croissant. Cette douleur ne manque jamais. Les autres zones hystérogènes restent silencieuses; alors seulement commence l'aura ovarienne.

Aura ovarienne. — Alb... sent, dans le flanc gauche, une « boule ». Cette boule monte peu à peu vers l'épigastre où elle séjourne quelques instants. Puis elle arrive au cœur, amène des palpitations, remonte jusqu'au larynx. Là, la malade perd connaissance et l'attaque débute.

Elle se compose de trois phases :

1° *Phase épileptoïde.* — Le cou se gonfle; ainsi que la face, il devient rouge, turgescent; les artères temporales battent énergiquement. La respiration est stertoreuse. La tête regarde en avant, les membres se raidissent, le pouce s'infléchit et se cache sous les autres doigts (fait très variable), les yeux se convulsent en haut et en dehors (1 minute).

2° *Phase clonique.* — Aucun intervalle appréciable ne sépare la période précédente de celle-ci, qui débute par un cri aigu, prolongé. Les convulsions sont d'abord précipitées, la malade jette ses bras dans toutes les directions; elle se soulève légèrement, se retourne tantôt à droite, tantôt à gauche, et tomberait de son lit si on ne la maintenait. Les jambes exécutent brusquement de violents mouvements de flexion et d'extension.— Arc de cercle peu prononcé. Les mouvements deviennent alors plus lents, les bras se détendent brusquement, les mains étant en supination ou en pronation. Ce sont de véritables mouvements d'escrime. Tantôt les deux bras exécutent à la fois leurs mouvements; le plus souvent, ils le font séparément. Les jambes, pendant ce temps, se déjettent dans diverses directions. Mouvement de tambour. Les avant-bras fléchis, la malade exécute un véritable roulement. Reprise des mouvements d'escrime, plus lents encore que la première fois. Les deux bras

agissent chacun à leur tour. Secousses épileptoïdes. Quelques mouvements d'escrime encore. Les mains s'ouvrent, Alb... les soulève, les frappe l'une contre l'autre, les laisse retomber. Le délire commence (4 minutes).

3e *Période de délire.* — Non, non! non!... Ah! vous croyez ça, passez-y, vous, le premier, j'y passerai après, moi... Parfaitement... non! j'y passerai après, moi... Oh! cette grosse bête... Non! *(Ici mouvement d'escrime, respiration haute. Alb... semble se défendre).* Non! non! je n'y passerai pas... Non! non!... vous êtes maître, oui, chez vous, mais pas de moi, non, pas de moi. Laissez-moi tranquille... Laissez-moi aller... Pourquoi vous me tenez? Si, parfaitement, parfaitement... Oh! non.

Elle se met à chanter : « Colin va-t-à la chasse, » etc.

Qu'est-ce que vous dites? Oh! parfaitement, monsieur... n'ayez pas l'air de vous moquer de moi... Laissez-moi donc tranquille. (*Respiration précipitée — mouvements d'escrime. — Tambour*). Donnez-moi le... qu'en feras-tu? Qu'est-ce que vous en faites, vous? Je ferai ce que vous en faites; je le placerai sur l'État; c'est là qu'il rapporte le plus, vous le savez... Non, je ne demande pas que vous me le donniez; je sais bien que vous ne me le donnerez pas, vous êtes bien trop avare... Laissez-moi le compter. Dites-moi le compte... Oh! tant que ça! Je n'ai pas besoin de calculer longtemps, ça fait 7,500 francs, je n'ai pas besoin de plume, ni de crayon..... Oh! que vous êtes bête! Permettez-moi de vous le dire, Monsieur... Ah! ne me touchez pas... Qu'est-ce que vous dites? vous avez l'air de vous moquer de moi. Je ne l'ai pas fait, parce que je n'ai pas voulu. Je suis bien trop obéissante. — Laissez-moi aller faire mon travail, parce que vous m'embêtez... Ce serait f... bien dommage... Parfaitement, Monsieur. Elle est là, Monsieur. Ah! vous savez, si vous ne voulez pas vous donner la peine de le faire, je le ferai. Parfaitement, Monsieur, je suis bien encore trop bête. Oh! vous savez, Monsieur, donnez-vous la peine de vous essuyer; mettez-vous sur ce fauteuil, je tirerai vos souliers. Vos pantoufles sont à la porte du salon... Mettez-vous là, mais restez tranquille... Oh! si je le veux, je le ferai... Faut pas m'ennuyer. Ah! laissez-moi tranquille, que vous m'ennuyez!... Qui a jamais vu!... Dites-moi, il est fermé votre magasin? Ils sont partis, vos commis? Ah! vous êtes bien aise. Il n'y a pas besoin de voir si clair; il n'y a que dans les endroits noirs que vous voyez bien... Ah! votre dame! Eh! de quoi! de quoi! Elle ne vous aime pas déjà tant... Pas trop. Elle aime mieux

être chez sa mère qu'avec vous; la preuve, c'est qu'elle y reste. Qu'est-ce que vous dites? Ah! Monsieur, celui qui vous voit en compagnie, ne croirait pas que vous êtes cet homme-là. On dit bien qu'on ne connaît pas le bon vin en voyant la barrique. Il faut le goûter. *(Elle chante :* « Voicile temps, » etc. Oh! té! cet air de se moquer de moi! Oh! cet être! Je donnerais 100 francs que quelqu'un vous verrait. Vous auriez toujours peur... Vous savez, quand on est pris une fois... Qu'est-ce que vous dites? que le temps me durerait si je ne vous voyais pas?... je suis si bête... Vous dites bien la vérité, je suis trop bête. —(*Voix moqueuse.*) Quand je veux une femme, je l'ai bientôt! oh! cet air! je l'ai bientôt. Voyez-moi donc! oh! vous avez f... bien l'air. Vous portez ça dans vos yeux comme un chameau sa bosse dans le dos.

Alb... ouvre les mains et tend les bras. On dirait qu'elle nage, frappe à plusieurs reprises dans ses mains, puis entre en catalepsie. C'est la terminaison ordinaire de ses attaques.

On le voit, ce délire est tout professionnel. Il est presque en entier consacré au souvenir des relations d'Alb... avec M. Alfred.

Les *attaques provoquées* ne diffèrent point de celles qui naissent spontanément. Seulement, dans ces dernières, le début est tellement brusque, que la malade ne se rappelle pas, au sortir de la crise, la cause qui l'a provoquée.

Le délire terminé, Alb... ne se réveille pas immédiatement. Elle entre en hémi-catalepsie gauche. Elle reste dans le décubitus dorsal, la tête rectiligne, les bras reposant de chaque côté du corps. Les yeux sont fortement convulsés en haut, les paupières contracturées ne peuvent être que difficilement soulevées. Elles sont le siège d'une trépidation continue. La respiration et le pouls sont calmes. La physionomie est impassible et reste telle, quelle que soit l'attitude passionnelle donnée à la malade. Parfois cependant quelques grincements de dents. L'état de la sensibilité est le même que pendant la veille (hémi-anesthésie gauche).

Jusqu'au 15 mars 1882, cet état ne subit aucune modification. Nous remarquâmes, à cette époque, une tendance de la malade à devenir cataleptique générale. Le 17 mars, en effet, les quatre membres gardaient toutes les positions qu'on leur donnait. Dès lors, la malade fut non plus hémi-cataleptique, mais cataleptique générale après chacune de ses crises.

Traitement des attaques. — 1° *Compression ovarienne gauche.* — A quelque période de l'attaque que l'on comprime l'ovaire gauche, on

voit Alb... soulever légèrement la tête; le cou, le visage se gonflent. Elle pousse des *Ah!* comme si on l'étouffait. Les mains s'ouvrent. Hémi-catalepsie gauche. Cette compression n'a pas besoin d'être longtemps prolongée. L'arrêt de l'attaque est instantané, si l'on pénètre bien dans la fosse iliaque. Mais la tympanite rend parfois difficile l'accès de l'ovaire. Dans ce cas, la première compression fait cesser la contracture des muscles abdominaux, et la seconde tentative réussit pleinement.

2° *Compression des globes oculaires.* — L'arrêt est ici moins rapide. Il faut que la compression soit prolongée quelques instants. Les mouvements d'escrime deviennent de plus en plus lents, les deux bras n'agissant plus que séparément. Plus de convulsions des membres inférieurs. Puis les mains s'ouvrent, la malade les frappe l'une contre l'autre. Hémi-catalepsie gauche (deux à trois minutes).

3° *Compression de l'œil gauche.* — Même temps que pour les deux globes oculaires. Hémi-catalepsie gauche.

4° *Compression des opercules auditifs.* — Ce procédé est le plus lent. Hémi-catalepsie gauche.

N. B. — Depuis le 17 mars, chaque moyen d'arrêt est suivi de catalepsie double.

Catalepsie provoquée. — Différents moyens peuvent l'amener :

a. — Compression des deux globes oculaires;

b. — Attitude des yeux en convergence supérieure, par fixation d'un objet brillant;

c. — Fixité du regard.

C'est ce dernier moyen que nous employons le plus fréquemment. Au bout de quelques secondes, les yeux s'humidifient; bientôt après, ils se convulsent en haut, les pupilles se cachent sous les paupières supérieures, le cou se gonfle, la respiration devient plus large et la malade se laisse aller en arrière. Les paupières tremblent; la respiration se calme et Alb... se trouve dans les mêmes conditions que pour la catalepsie spontanée.

15 Mars 1882. — Depuis quelques jours, Alb... tend à devenir cataleptique générale. Les membres du côté droit ne retombent plus inertes quand on les soulève; ils gardent quelques instants la position qu'on leur donne et s'abaissent lentement. Pas d'autre modification.

17 Mars. — Alb... est endormie, en la regardant fixement. Bientôt les yeux s'humidifient, se convulsent en haut et se ferment. Respiration plus large, tremblotement des paupières. La catalepsie est

double. Les membres des deux côtés gardent toutes les positions qu'on leur donne. Pas de raideur des articulations. Physionomie sans expression. Pas de suggestion par les attitudes.

Force musculaire au dynamomètre (Mathieu) :

Main droite.....	24
— gauche.....	19

Dans cet état, on peut provoquer toutes sortes d'*hallucinations*.

Alb... voyez-vous cet oiseau, lui dit-on ?— Oui, Monsieur.— De quelle couleur est-il ? — Blanc et noir, avec un collier autour du cou. Il ressemble aux pigeons qui volent dans les campagnes. — Y en a-t-il plusieurs ? — Non, un seul.

Et ce serpent, le voyez-vous ? — Oh ! c'est vrai. Il se tord aux pieds de mon lit. Oh ! quelle bête. Alb... grince des dents, sa figure est grimaçante, son cou se gonfle et elle aurait une attaque convulsive si on ne comprimait l'ovaire.

Les *hallucinations de l'ouïe* sont aussi faciles à provoquer : — Entendez-vous ces baladins ? — Faites-les donc partir, ils me cassent la tête avec leurs tambours. Et celle-là qui crie : entrez, entrez, c'est pour deux sous, oh ! quelle tête ! — Et cette cloche, l'entendez-vous ? Elle répond : quelle fête, c'est-il donc, Monsieur ?

Les *hallucinations du toucher* sont également aisées. Il suffit de dire à Alb... qu'elle a les bras attachés et de les toucher. Quelle que soit la position qu'ils occupent, elle fait de vains efforts pour se délier. « Je ne mérite pas qu'on m'attache, je n'ai rien fait de mal. »

Les *hallucinations du goût et de l'odorat* sont aussi faciles à amener « Tenez, Alb... voilà une pistache (on lui donne un croûton de pain, bien taillé de la grosseur d'une pistache). Sa physionomie exprime le contentement. Elle demande une deuxième pistache.

De même pour l'*odorat*. — Alb..., voilà quelque chose qui pue. Oh ! quelle horreur, répond la malade, elle fait d'atroces grimaces. Et ce lubin ? (on lui met sous le nez une fiole vide). Ah ! ça, c'est bon.

Lorsqu'on laisse Alb... en catalepsie, livrée à elle-même, elle a parfois un délire spontané. Il s'agit généralement d'un singe, qui vient s'asseoir auprès de son lit. Il a une culotte rouge, mais sa braguette est déboutonnée. Ce sont alors des éclats d'un rire bruyant et très communicatif qui s'accentue s'il survient une guenon. La malade se

Obs. I. — (Alb.. Mor..)

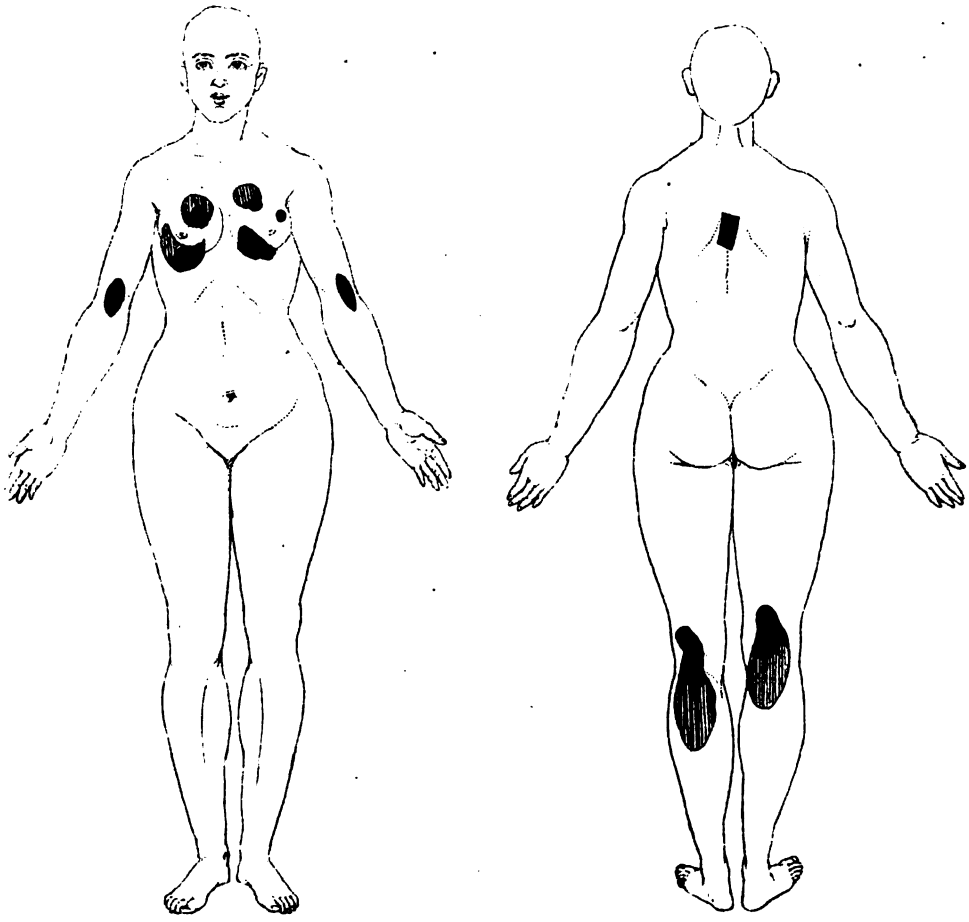


Fig. 2.

● Zones Hystérogènes

● Zones Douloureuses

livre alors, au sujet de la braguette ouverte et des embrassades de la guenon, à des considérations qui nécessitent qu'on la réveille.

Traitement de la catalepsie — On fait cesser la catalepsie : 1° en soufflant dans l'œil gauche ou dans le droit; 2° par compression ovarienne gauche. Alb... se réveille brusquement, s'assied sur son lit, est étonnée de se voir débraillée et demande ce qu'on lui a fait. Elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Zones douloureuses. — Elles sont sur la *figure* 2, marquées en rayé. Elles avoisinent les zones hystérogènes et se continuent avec elles. La pression à leur niveau, fait souffrir la malade, mais est incapable de provoquer l'attaque. Il ne s'agit point d'une douleur banale; Alb... la distingue bien de celle qu'amènerait la pression d'un point quelconque du corps, mais elle ne pourrait « la faire partir. »

Ces zones siègent :

1° Au-dessus du point sus-mammaire gauche, dans une étendue de 2 à 3 centimètres carrés;

2° Tout autour du point sus-mammaire droit, formant une légère bande autour de ce point;

3° Dans la région latéro-mammaire droite, se continuant en dehors avec la zone hystérogène sous-mammaire du même côté;

4° et 5° Aux mollets. Elles font suite aux zones hystérogènes poplitées droite et gauche, descendent en arrière presque au milieu des mollets et gagnent en avant jusqu'à la crête du tibia, en contournant les jambes par leur bord interne.

Zones hystérogènes. — La *figure* 2 les représente teintées en noir. On les trouve :

1° A la région sus-mammaire gauche, un peu en dedans du mamelon, dans le troisième espace intercostal;

2° A la région sous-mammaire gauche. Cette zone est plus étendue que la précédente. Elle forme une bande s'étendant, en suivant la base du sein, du quatrième au cinquième espace intercostal;

3° A la région latéro-mammaire gauche, dans le quatrième espace intercostal;

4° A la région sus-mammaire droite en dedans du mamelon, dans le troisième espace intercostal;

5° A la région sous-mammaire droite. Cette zône est étendue. Elle siège dans le quatrième et le cinquième espace intercostal;

6° Au pli du coude gauche, en dehors du tendon bicipital;

7° Au pli du coude droit, de part et d'autre du tendon du biceps;

8° et 9° Aux régions poplitées droite et gauche. Ces deux dernières zones partent de l'insertion des jumeaux et descendent jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du pli articulaire;

10° A la région vertébrale, de la cinquième à la septième vertèbre dorsale.

Actions des zones hystérogènes.

a. — La compression de chacune de ces zones produit l'attaque. Pour les zones mammaires et celles des membres, à peine la compression est-elle faite que l'attaque éclate. Pour la zone vertébrale, la compression demande à être violente et prolongée (une minute et demie environ).

b. — La compression de ces zones ne peut arrêter l'attaque.

c. — Si, pendant la période convulsive, on comprime l'une de ces zones, l'attaque redouble d'énergie. Si l'on fait la compression pendant la période délirante, on provoque une nouvelle attaque, débutant par les cris et les convulsions.

d. — La compression ovarienne n'empêche pas les différentes zones d'agir.

e. — Quelle que soit la zone excitée, c'est du flanc gauche que part l'aura.

Cet état a persisté, jusqu'au 29 avril 1882, sans modification aucune. A partir de ce moment, les zones hystérogènes se modifièrent.

Voici, en effet, ce que rapportent les notes que nous avons recueillies chaque jour.

29 Avril 1882. — Les zones hystérogènes des *membres* se sont modifiées. La compression de chacune d'elles n'amène plus l'attaque convulsive, mais seulement la catalepsie. Les zones mammaires excitées donnent lieu à l'attaque tout entière.

30 Avril 1882. — *Zones des membres.* — Elles ont la même situation, les mêmes dimensions qu'auparavant. La sensibilité à leur niveau n'a pas varié; celles du côté gauche sont anesthésiques, celles du côté droit sensibles. Elles ne sont le siège d'aucune douleur spontanée. Les zones poplitées que nous avons vues douloureuses pendant l'aura, restent indolores. Lorsque l'on comprime les zones des membres, la malade se plaint de quelque chose « qui lui embrouille la tête » un voile lui passe devant les yeux. Il n'y a pas de sensation de boule, pas de langueurs stomacales, de palpitations ni de bourdonnements

d'oreilles. Les pupilles se portent en haut sous la paupière. Une large inspiration se fait et la malade entre en catalepsie. Tremblement des paupières. Pupille gauche dirigée en haut et un peu en dedans, pupille droite en haut et en dehors. Quelques oscillations du globe oculaire. Les orbiculaires palpébraux sont contracturés. Il y a peine à ouvrir les yeux. Les membres conservent toutes les positions qu'on leur donne, aussi bien à droite qu'à gauche. Tous les mouvements commandés sont possibles, à l'exception de l'ouverture des paupières. Hallucinations faciles à provoquer pour tous les sens.

Cet état n'est pas modifié par une compression plus énergique de la zone excitée, ni par celle d'aucune autre zone cataleptogène. L'attaque convulsive, au contraire, éclate si l'on comprime une des zones mammaires.

Zones mammaires. — Celles-ci en effet sont restées, à proprement parler, hystérogènes. Leur activité est plus grande qu'auparavant. Il suffit, pour déterminer une attaque complète, d'une légère pression qui, avant le 29 avril, eût été bien tolérée. Elles sont le siège de douleurs spontanées, profondes, locales, constrictives et jouent maintenant dans l'aura le rôle que jouaient autrefois les zones poplitées. Pendant les prodromes de l'attaque, la douleur de ces zones mammaires s'accentue, devient vive, et l'aura ovarienne débute.

Cet état n'a pas varié jusqu'au 12 mai, époque à laquelle Alb... demanda à s'en aller. Les attaques étaient devenues assez rares (elle passait dix à douze jours sans crise) pour qu'elle se crût capable de vivre de la vie commune.

Observation II.

Antécédents : sœur hystérique. — A 11 ans, hémiplégie gauche progressive, disparue au bout de deux mois. — Règles à 13 ans. — A 16 ans, grossesse. Enfant mort-né. — A cette époque, deuxième hémiplégie gauche, durant quinze jours. — A 17 ans (1879) première peur, première attaque convulsive. — Six mois après, deuxième peur, deuxième attaque.

État actuel (1882) : caractère difficile, boudeur. — Santé générale bonne. — Menstruation régulière. — Hypoesthésie gauche. — Force musculaire. — Attaques : Troubles prodromiques. Aura hystérogène et ovarienne. — Phases de l'attaque, — Hallucinations pendant l'attaque. — Moyens d'arrêt. — Etat cataleptoïde provoqué. — Hallucinations provoquées. — Zones douloureuses. — Zones hystérogènes.

Mor... Marie, couturière, née à Ambarès (Gironde), est entrée le 17 décembre 1881, âgée de 19 ans, à l'hôpital Saint-André (service de M. Pitres).

Antécédents héréditaires. — Son *père*, violent, colère, s'irritait à tous propos. Il était grand, sec; n'a jamais eu d'attaques ; mort à 48 ans, probablement d'une attaque d'apoplexie; *mère* vit encore, est âgée de 56 ans. Elle est d'un caractère très doux. Elle a eu *10 enfants*, dont deux sont morts : 1° femme mariée (31 ans), sujette à des attaques convulsives, avec cris, naissant à l'occasion d'une contrariété; 2° garçon de 29 ans, tranquille; 3° fille morte des fièvres; 4° garçon (25 ans) vif, colère; 5° garçon mort à 3 ans; 6° garçon, soldat aujourd'hui, d'un caractère doux; 7° notre malade; 8° grande fille (17 ans) bien portante, pas nerveuse; 9° garçon (14 ans), chétif et nerveux. 10° fille (12 ans), bien portante, calme.

Antécédents personnels. — Marie a été allaitée la nuit par sa mère, et, le jour, par une chèvre. Sa première enfance a été bonne et jusqu'à 11 ans, nous n'avons rien à signaler en dehors d'un caractère taquin, méchant, facilement emporté. A *11 ans*, elle resta trois semaines au lit. Tout le *côté gauche* était *paralysé*. Elle ne pouvait soulever ni la jambe ni le bras. Sa mère était obligée de l'habiller. La paralysie a été progressive. Déjà, quelque temps auparavant, la malade sentait tout le côté gauche de son corps s'affaiblir; elle boitait, laissait tomber le panier qu'elle tenait, le bas qu'elle tricotait. Sa mère lui donna des bains de vapeur. Au bout de deux mois de ce traitement, la malade revint peu à peu à l'état nornal.

Règles à 13 ans. — La première fois, les règles ont été précédées de coliques pendant deux ou trois jours. Elles ont été peu abondantes. Il est vrai que la malade s'est lavée le premier jour à l'eau froide. Quinze jours après, deuxième flux, presque rien, pas de douleurs. Pendant la période menstruelle, l'agitation de Marie augmentait. Pas de crises, ni d'attaques de nerfs. Pendant quatre à cinq mois, les règles n'ont pas reparu. Aucun renseignement sur son état pendant cette période, sauf qu'il n'y a pas eu d'attaques convulsives ni de hoquet. A leur retour, les règles se sont bien établies. Elles duraient deux à trois jours, étaient assez abondantes et n'amenaient pas de souffrances.

Jusqu'à 15 ans (1877), Marie est bien portante. Elle grandissait, habitait la campagne et travaillait la terre. Elle fait alors la connaissance d'une nommée Clotilde, beaucoup plus âgée qu'elle, qui lui titille le clitoris. Les manœuvres étaient assez fréquentes et plaisaient à notre malade. Mais son caractère s'en ressentait. Après les titillations, elle était agacée, avait des envies de battre. Elle était alors bien réglée. A 16 ans (1878), Marie devient la maitresse de M. X. (William).

Elle se brouille avec sa mère et s'installe chez son amant. Elle n'y resta pas longtemps. Rencontrée « trop bien habillée » par son frère, elle rentre vite chez sa mère; elle y est battue, puis chassée. Marie retourne chez Clotilde. Déjà, elle était enceinte d'un mois. Pendant sa grossesse, Marie était plus nerveuse que de coutume, elle était souvent triste et pleurait. Pas d'attaques. Elle travaillait à la campagne, et, de temps à autre, allait chez son amant. Les rapports étaient agréables, pas douloureux du tout. Cela dura ainsi jusqu'à l'époque de ses couches. Elle mit au monde un enfant mort; hémorrhagies légères, pertes blanches abondantes. Pas d'autre accident. Marie revient chez sa mère. Son caractère change. De gaie qu'elle était généralement, elle devient triste, taciturne, pleure à tous moments. « Elle pensait toujours, dit-elle, à son enfant mort. » Elle travaille et n'a plus de relations avec M. William.

A peu près à cette époque (nous n'avons pu obtenir une date), *deuxième paralysie* du bras gauche seulement, paralysie progressive qui dura quinze jours. Vésicatoire sur la main. Il prit bien, mais fut sans effet curatif.

Première peur.—Attaque (1879).—Marie apprend que dans une rue de son village on montre un ours. Elle va voir, et, près de l'ours muselé, aperçoit dans une charrette un petit enfant. Elle lui porte un peu de pain. Elle était occupée avec l'enfant, lorsqu'elle sent l'ours lui poser les deux pattes sur les épaules. Elle se retourne; le museau de l'animal lui frôle la joue droite. Effrayée, Marie court chez elle en criant, et, à peine arrivée, tombe et perd connaissance. Elle ne revient à elle que deux heures après. Elle ne sait rien de ce qui s'est passé. Nous ne pouvons savoir si elle a eu des convulsions. Elle dit cependant avoir eu un grand délire. Elle criait : « Sortez-le. » Elle était réglée; le flux s'arrêta subitement. Son caractère se modifia. Elle était nerveuse jusqu'ici; « ce n'était rien à côté. » Elle devint irascible, emportée à l'excès, riant et pleurant sans motifs, frappant tout le monde pour la moindre vétille. Elle qui, autrefois, n'avait peur de rien, avait maintenant peur de tout. Six mois après, retour des règles; durée, quatre à cinq jours. Juste au moment des règles :

Deuxième peur, deuxième attaque (pas de date). — Un de ses frères s'étant caché, la prit au collet lorsqu'elle entrait dans sa chambre; Marie poussa un cri et perdit connaissance. Elle « se tordait par terre, battait le plancher avec les mains. » Pas d'autres renseignements. Depuis, elle n'a eu des attaques qu'à l'époque de ses règles, jamais

dans leur intervalle. Aucune indication sur ces attaques. Marie était malade alors, « languissante, » ne mangeait plus et à plusieurs reprises cracha du sang. Elle ne toussait pas.

Elle entra à l'hôpital Saint-André (7 octobre 1881, service de M. le Dr Montalier), pour ces crachements de sang et non pour les attaques qui n'inquiétaient pas sa famille. Pendant son séjour dans ce service, elle eut quelques crises assez semblables, nous dit-on, à celles que nous aurons à relater. Sept semaines après, Marie quittait l'hôpital, à peu près rétablie. Elle venait de temps à autre se faire examiner. C'est à cette occasion qu'elle eut des rapports avec un jeune homme, M. X... (Jules).

Les attaques augmentant de fréquence, Marie entre le 17 décembre 1881 à la salle 7 (Service de M. Pitres); elle souffrait aussi de l'œil gauche, avait un peu de conjonctivite avec légère kératite qui céda au bout de quinze jours sous l'action d'un collyre à l'atropine.

Étude de la malade dans le service.

Mor... Marie, est âgée de dix-neuf ans. Elle est brune, grande et de forte constitution. Elle ne porte trace d'aucune cicatrice accidentelle ou scrofuleuse. Le bassin et les membres sont bien conformés, l'aréole mamelonnaire est accentuée, elle a des vergetures. Les seins sont bien développés, le système pileux assez abondant. Son intelligence est un peu au-dessus de celle des filles des champs. Elle sait lire, aime beaucoup les romans et écrit assez couramment. Le caractère est difficile à manier. Lorsqu'on l'interroge, il faut employer bien des précautions, car un rien la froisse. Aussi a-t-elle constamment lieu de s'emporter. On la trouve souvent en pleurs ou avec la mine longue. La faute en est à la sœur, à une malade, à nous-mêmes parfois. Mais la bouderie ou la colère ne durent guère. En dehors des services qu'elle rend dans la salle, toute la journée est dépensée à songer aux personnes qui ont abordé son lit; elle s'essaye parfois à versifier, « mais sans succès. »

Marie n'est généralement pas gaie. Elle songe souvent au suicide, et nous entretient des moyens qu'elle emploiera si sa guérison se fait attendre. Elle a aussi parfois des idées érotiques et demande alors l'autorisation de sortir. Elle prétend avoir besoin de voir ses parents,

mais aussitôt après se trahit et déclare qu'elle ne tient aucunement à aller dans sa famille avec laquelle elle aurait toute la journée des discussions.

Sa santé générale est bonne et la menstruation se fait bien. Les règles durent de quatre à cinq jours, sont abondantes, bien colorées. Il n'y a pas de pertes blanches dans leur intervalle. Pendant la période cataméniale, l'excitation est plus grande que de coutume, le caractère moins traitable. La malade est « agacée » éprouve le besoin de se mouvoir. Les attaques ne sont cependant ni plus fréquentes, ni plus intenses.

Sensibilité générale. — Pas d'anesthésie, ni d'analgésie. Hypoesthésie de tout le côté gauche. (Piqûre, froid et chaud.)

Sensibilité spéciale et organes des sens. — a. — Muqueuses oculaires, vision. — Les deux muqueuses sclérotidiennes sont sensibles, mais la sensibilité à la piqûre est plus accentuée à droite où les réflexes palpébraux sont rapides et énergiques, tandis qu'ils sont très diminués à gauche. Pas d'inégalité pupillaire. Accommodation rapide. Acuité visuelle plus grande à droite. Déjà les lettres ont disparu pour l'œil gauche lorsque l'œil droit peut encore les bien distinguer.

b. — Muqueuses olfactives et odorat. — Sensibilité plus vive à droite. En chatouillant avec un papier roulé la narine droite, on provoque l'éternuement; à gauche, la sensation est à peine appréciable; l'ammoniaque est supporté à gauche; à droite, il est vite repoussé; le chloroforme n'est senti qu'à droite.

c. — Muqueuses auditives. Ouïe. — Sensibilité plus grande à droite. Le tic-tac d'une montre est perçu : à gauche, à 10 centimètres; à droite, à 60 centimètres.

d. — Muqueuse linguale. Goût. — La langue est moins sensible à gauche qu'à droite. Il en est de même pour la voûte et le voile du palais, de même pour les lèvres. A droite, le sel marin est reconnu. A gauche, « c'est du sable. »

e. — Muqueuse vaginale. Sens génital. — La muqueuse vaginale est un peu moins sensible à gauche qu'à droite. Les rapports ne sont pas douloureux. Marie aime les approches de l'homme. Hypersécrétion vaginale après les attaques.

Force musculaire. — (Dynamomètre de pression Mathieu) :

La main droite donne : 26 1/2 k^os
gauche 16

Fonctions digestives.—A part les langueurs d'estomac, il n'y a rien. L'appétit est bon, les digestions faciles. Jamais de vomissements ni de pyrosis. Garde-robes normales et régulières.

Cœur. — Pas de lésions, claquements nets.

Poumons. — Murmure vésiculaire, doux, moelleux, sans mélange d'aucun bruit anormal.

Le *foie*, la *rate*, les *reins* ne présentent rien de pathologique.

Attaques. — Les attaques sont fréquentes; notre malade en a généralement tous les jours. D'après les notes que nous avons recueillies, elles se montreraient plus souvent dans l'après-midi que le matin, et cela dans la proportion de 3 à 1. Nos chiffres portent sur une période de deux mois. Les époques menstruelles ne font subir à ces moyennes aucune modification.

Marie ne sent venir ses attaques que dix minutes avant de perdre connaissance. Cependant, quelques heures auparavant, elle est plus crispée que d'habitude. Elle n'a pas d'agitation, elle ne sent pas le besoin de descendre de son lit, de courir dans la salle, de briser ce qu'elle a entre les mains. Si elle est debout, elle a soin de vite revenir à son lit. Pas d'amyosthénie. Au contraire, elle sent ses forces augmenter. Le côté gauche, plus faible que le droit dans l'intervalle des attaques, est aussi fort que le droit. Pas de contracture.

Troubles psychiques. — Alors que son attaque est imminente, le caractère de Marie devient plus lugubre que d'habitude. Des idées noires l'envahissent. Elle pense « à sa triste situation. » Elle a des envies de suicide. Tantôt, au contraire, mais rarement, les idées sont gaies et tendent à l'érotisme.

Hallucinations. — Marie voit des deux yeux « des bulles de savon aux couleurs de l'arc-en-ciel », voltiger dans la salle. Elle a le regard fixe, généralement dirigé en haut. Des individus jouant un rôle dans son histoire paraissent à ce moment. Parfois c'est Clotilde : « Ah! cette vilaine femme!... Si je pouvais te pendre! Cette rossaille, elle mérite qu'on la pende. » Où est-elle, lui demande-t-on? « Vous ne la voyez pas, là (elle indique sa droite), avec son petit chien. » Le plus souvent c'est M. Jules qu'elle voit. « Jules, soigne-moi; enlève-moi ça, cette ceinture m'étouffe. Pourquoi ne veux-tu pas me soigner? — Il est là, à droite. — Je sais bien pourquoi il ne veut pas me soigner. Vilain! »

Il y a aussi des hallucinations de l'ouïe. Elle entend le bourdonnement d'une grosse mouche, surtout à gauche, très peu à droite. Au

moment où Marie va perdre connaissance, une lame de feu lui passe devant les yeux.

Troubles digestifs. — Le ventre se ballonne. Tympanite. La respiration se précipite.

Aura. — Cette période n'est guère distincte de la période prodromique. L'aura débute au milieu des hallucinations. Cinq minutes avant le début de la période convulsive, Marie sent la partie externe du sein gauche prise dans un étau. Le cœur bat « à se rompre ». Cette douleur, passant sous le sein, s'étend jusqu'à l'épigastre, l'étreint comme une ceinture. Les langueurs d'estomac s'accentuent. La malade prend à pleine main, tantôt le sein gauche, tantôt la peau de la région stomacale et crie : « Je souffre, soulagez-moi. Ça serre, ça serre. » Puis une douleur survient à l'ovaire gauche. « Quelque chose » en part. Ça monte à l'estomac, au cœur. Là, perte de connaissance. La malade ne sent pas de constriction laryngique.

Depuis l'époque à laquelle s'est établie une zone poplitée, la douleur arrive en même temps que celle de l'ovaire. Elle ne reste pas locale. Une fois, nous avons dit à Marie de nous indiquer son trajet pendant l'aura. Elle suivit avec le doigt le trajet du sciatique. Arrivée à l'ovaire, l'attaque éclatait.

Au moment où commence l'aura hystérogène, les mains se cyanosent. Tout le côté gauche de la tête est pris par une douleur constrictive intense. Il lui semble que « l'œil gauche s'enfonce. » Bourdonnements d'oreille, surtout à gauche. Pendant l'aura, les yeux ouverts regardent en haut. Pas de dilatation pupillaire, ni d'oscillation des pupilles. Les yeux sont larmoyants. La face se couvre de plaques émotives. La respiration devient large, stertoreuse, se précipite, puis devient saccadée. Les yeux se ferment. L'*attaque convulsive* débute.

Cette période commence par un cri. La face est rouge, le cou gonflé. Les yeux fixés en haut. Pas de bave. Les mains sont fermées, sans inflexion du pouce qui reste en dehors. Les convulsions consistent en des mouvements de flexion et d'extension brusque des membres. Les coudes, fléchis à angle droit, se détendent brusquement. Pour les jambes, la flexion est moins prononcée. Chacun de ces mouvements est accompagné d'un cri. Les cris, d'abord assez éloignés, se rapprochent de plus en plus, en même temps que les mouvements se précipitent. Ils deviennent ensuite plus aigus, plus prolongés, les mouvements deve-

nant plus lents eux-mêmes. Puis la malade crie : Do... do... (1), jette le corps du côté gauche, semble éviter quelque chose. Les cris do... do... reviennent, mais plus lents et moins aigus. Ils vont en décroissant, et la malade ouvre les yeux, regarde tantôt à droite, tantôt à gauche. Plusieurs fois, on l'a entendue dire, en revenant à elle : Où es-tu? Pendant cette période, les traits restent immobiles. Inspiration sifflante. Respiration saccadée.

Pendant l'attaque : insensibilité générale affectant la peau et les muqueuses.

Hallucinations pendant l'attaque. — 8 janvier 1882. — Marie vient d'avoir une attaque. Voici ce qu'elle raconte : Au début, au moment où elle a perdu connaissance, elle a vu un ours se dresser et lui appliquer ses pattes sur les épaules. Le museau garotté lui effleura la joue droite. A côté de cet ours et dans une charrette, un enfant ayant dans la main quelques pièces de monnaie. L'ours était encore là lorsque arriva M. Jules. Il dissipa les frayeurs de la malade. Il est brun, jouait avec une badine, portait un grand paletot et un petit chapeau rond. A son arrivée, l'ours disparaît. Jules lui passe le bras derrière le cou; Marie s'appuie sur ce bras, est embrassée sur les lèvres. Pas de rapports. Jules disparaît. Marie voit alors un fer rouge s'avancer vers son genou (2). Elle ne peut distinguer la personne qui le tient. Elle ne voit qn'une main et un fer embrasé. Cela l'effraie. Jules revient et la console. C'est l'hallucination constante. Depuis le 12 janvier, après la peur du thermocautère, Marie voit parfois un voyou qui la bat. Ce voyou lui « fait des propositions, » reçoit une giffle et la « rosse » pour se venger (3).

Traitement des attaques. — Deux moyens d'arrêt sont efficacement employés : 1° la compression de l'ovaire gauche; 2° la compression des globes oculaires. La première méthode est la plus rapide. Si l'on arrive bien sur l'ovaire, l'attaque est arrêtée instantanément. Les membres se relâchent, la malade ouvre les yeux et cherche tantôt à gauche, tantôt à droite l'objet de ses hallucinations, puis ramène ses couvertures et reste boudeuse pendant quelques minutes. Elle est très fati-

(1) Do... do... est le petit nom affectueux donné par Marie à M. Jules.

(2) A la salle 3, Marie vit poser des pointes de feu, à l'aide du thermocautère. Elle était ennuyeuse, on l'en menaça.

(3) Dans une sortie, Marie a été accostée par un gamin qui en effet la rossa après avoir reçu un soufflet, et, paraît-il, avoir été rebuté.

guée, même après une seule crise. La compression oculaire n'agit que lentement. Il faut continuer pendant trois minutes au moins. La malade ne revient pas à elle, mais entre en catalepsie. La compression carotidienne, celle des phréniques, des opercules auditifs, n'agissent pas. — L'électricité n'a pas été employée.

État cataleptoïde. — Cet état peut être provoqué par : 1° la compression des globes oculaires; 2° la fixation d'un objet brillant; 3° l'insufflation sur les globes oculaires. Tous ces moyens n'agissent pas avec une égale rapidité. La compression oculaire est de tous, celui dont l'action est la plus prompte. Trois minutes suffisent pour cataleptiser la malade. La fixation d'un objet brillant demande dix minutes. L'insufflation est plus longue encore.

Quel que soit le moyen employé, la malade résiste d'abord : « Ça l'agace »; puis la respiration devient large, les yeux s'humidifient. Enfin, la respiration se calme, la condition seconde est établie. Léger tremblement des paupières.

Les yeux sont fermés, les pupilles dirigées en haut; l'insensibilité est générale. Les membres supérieurs peuvent être mis dans toutes les positions. Ils peuvent les bien conserver pendant 15 minutes. Il y a un peu de raideur des articulations ; les membres ne sont pas tout à fait souples. Les membres inférieurs, moins souples encore que les supérieurs, gardent une minute à peine la position qu'on leur donne. La catalepsie n'est modifiée par l'ouverture d'aucun des yeux.

Force musculaire au dynamomètre Mathieu.

Main droite.....	23 kil.
— gauche.....	18 kil.

Pendant cet état, on peut provoquer toutes sortes d'hallucinations.

Hallucinations visuelles. — Voyez ce petit chien, lui dit-on. Oh! oui, il est gentil. Tirez-le de mon lit, il pourrait me mordre. Tenez, il me lèche le menton. Sortez-le. Il pourrait être enragé. Une de mes amies est morte comme ça. — Tiens, voilà M. William, le voyez-vous ?... — Toi! que viens-tu faire ici. Va-t-en, je ne veux pas de toi.

Hallucinations de l'ouïe. — On fait entendre à Marie ce que l'on veut : la cloche d'une église, le jour d'une fête. Oh! oui, ça fait ding, don, don... etc..... Et ce vacarme vous ne l'entendez pas ?... Pourquoi ce bruit ? Oh! ces saltimbanques avec leurs tambours.

Hallucinations de l'odorat. — On présente une fiole vide. Comme ça sent bon! lui dit-on. — Oh! oui, c'est, comment donc? c'est de l'opoponax. William m'en a donné. Jetez-moi ça; je ne veux rien de William. Avec la même fiole. — Voilà qui sent mauvais. — Vrai, ça pue. Tout pue maintenant.

Hallucinations du toucher. — Tiens, vous voilà le bras droit attaché lui dit-on. — Je ne veux pas qu'on m'attache, je saurai bien me défendre. (Elle fait le moulinet avec le bras gauche.) Remuez donc le bras droit? — Non, il est attaché, mais je me défends. — Il est détaché. — Ah! il était temps.

Seules, les *hallucinations du goût* ne sont pas possibles.

Livrée à elle-même, pendant la période cataleptique, le plus souvent un délire spontané se montre. Il est des plus variables et généralement porte sur les préoccupations de notre malade, sur les projets qu'elle a formés, etc., etc.

Traitement de l'état cataleptoïde. — Cet état cède : 1° en soufflant *dans* l'œil gauche. On ne produit rien en soufflant *sur* l'œil. A droite, pas de résultat; 2° par compression ovarienne. La malade se réveille brusquement, regarde de côté et d'autre, demande ce qui s'est passé et n'a aucun souvenir de l'état dans lequel elle se trouvait.

Zones douloureuses. — Ce sont des territoires circonscrits, dont la pression détermine une douleur particulière, moins banale que celle qu'on produirait de la même façon en toute autre région, mais incapable de déterminer une attaque. Ils sont chez notre malade au nombre de six; on les voit sur la *figure* 3 marqués en rayé. On les trouve :

1° En dedans et au-dessus du point hystérogène mammaire gauche, dans une étendue de 1 centimètre carré environ;

2° A la partie supérieure du mamelon droit;

3° En un point latéro-mammaire correspondant au point hystérogène du côté opposé;

4° Au-dessous du mamelon;

5° Au rachis, entre les deux omoplates;

6° Au niveau du ventre des jumeaux gauches.

Zones hystérogènes. — Elles sont au nombre de trois. La *figure* 3 les représente teintées en noir :

1° La première zone occupe la région latéro-mammaire gauche. Elle occupe les troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux, embrasse toute la demi-circonférence externe du sein et descend un peu au-dessous de sa racine;

Obs. II. — (Mar... Mor...)

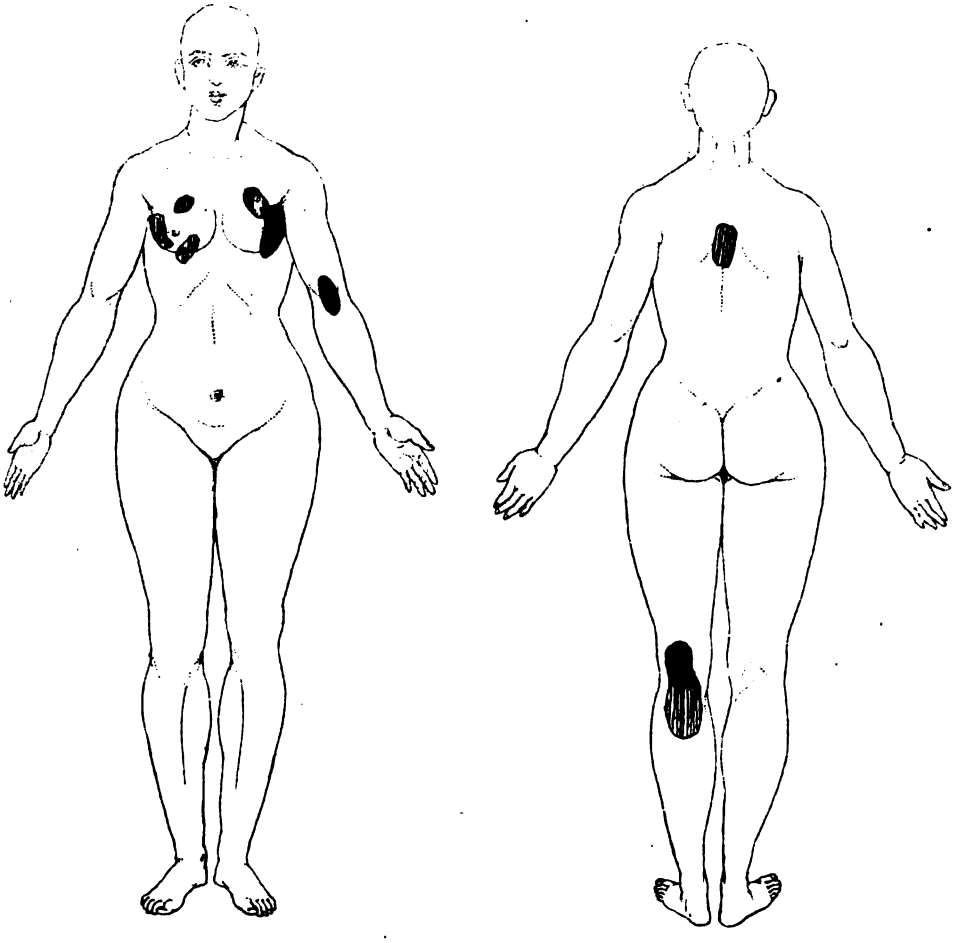


Fig. 3.

● Zones hystérogènes.

● Zones douloureuses.

2° La deuxième siège au pli du coude gauche, de chaque côté du tendon bicipital, dépassant en haut et en bas d'un travers de doigt le pli articulaire;

3° La troisième zone se trouve au creux poplité gauche. Elle part de l'insertion des jumeaux et s'étend à 2 centimètres au-dessous du pli articulaire. Elle n'embrasse pas tout le creux poplité. Le sciatique poplité interne occupe le milieu de la zone, et celle-ci s'étend à un travers de doigt de chaque côté du nerf. Nous avons assisté à la formation de cette zone. Nous lisons dans nos notes :

3 Février. — Depuis quelques jours, Marie se plaint du jarret gauche et du mollet du même côté. Cette douleur, d'abord légère, ne l'inquiétait pas. Elle marchait librement. Peu à peu, la douleur s'accentua. Le 25 janvier, après une crise arrêtée par compression ovarienne, le jarret devint extrêmement douloureux, la marche était difficile, la malade boitait. A cette époque, la compression même énergique du jarret n'*était que douloureuse*. Elle n'entraînait aucune sensation d'aura. Aujourd'hui 25 janvier, la marche est très claudicante; le genou ne se plie que difficilement, les muscles étant contracturés par la douleur, le jarret est douloureux; si la malade appuie trop sur le talon, « elle a mal à l'estomac. » Les jumeaux pressés à pleines mains sont douloureux, mais pas d'attaque, de même pour la compression du jarret.

6 Février. — Hier soir, Marie était à genoux pendant la prière. Tout à coup, elle sentit dans le jarret gauche une vive constriction. Elle perdit connaissance et eut des convulsions. *7 Février.* — Ce matin, nous pouvons constater la transformation de la zone douloureuse en zone hystérogène. La pression est accompagnée d'attaques. Dès cette transformation faite, la marche ne fut plus claudicante.

Chacune des zones que nous venons d'indiquer provoque une attaque convulsive dès qu'on les comprime. La zone mammaire est la plus active; la compression agit instantanément. Pour les zones du pli du coude et du jarret, la compression demande à être un peu plus soutenue, 40 secondes environ. Toutes ces zones agissent d'autant plus vite que la malade est plus excitée, plus « chargée. » La compression ovarienne ne peut en aucun cas empêcher leur action.

Aucune de ces zones n'est frénatrice.

Observation III

Antécédents : Père phthisique. — Père hystérique. — A dix ans, vomissements fréquents. — Sensation de boule; perte de connaissance consécutive. — Règles à quinze ans. — A leur apparition, attaque convulsive unique. — A dix-huit ans, variole. A vingt-deux ans (1882), série d'attaques convulsives avec délire, à la suite de l'abandon de son amant.

État actuel 1882. — Menstruation régulière, sans influence sur le nombre des attaques. — Hypoesthésie gauche. — Force musculaire. — Etat des différents organes. — Description des attaques. — Prodromes. — Aura. — Phases : Épileptoïde, clonique, cataleptique. — Traitement des attaques. — Catalepsie provoquée. — Hallucinations provoquées. — Zones hystérogènes.

Bern... Suz..., vingt-deux ans, lisseuse, née à La Tresne (Gironde), et habitant Bordeaux, est entrée le 11 mars 1882 à l'hôpital St-André (service de M. Pitres).

Antécédents héréditaires. — *Père* mort en 1878, à l'âge de quarante-sept ans, de la variole. Constitution faible. Son médecin l'aurait déclaré phthsique; caractère irritable, violent. Pas d'alcoolisme; n'est jamais tombé. *Mère* emportée à trente-neuf ans par une affection cardiaque. Elle était nerveuse, constamment agitée, sujette à des attaques. Celles-ci naissaient à l'occasion de contrariétés, de discussions avec son mari, parfois sans raison appréciable. Cette femme était alors plus énervée que de coutume; l'attaque approchant, elle éloignait ses enfants et choisissait une place où tomber. Pas d'écume. Convulsions. A la fin de la crise qui durait environ dix minutes, délire portant sur les motifs qui l'avaient suscitée. Pleurs après les attaques, précédés parfois d'un fou rire. Lorsqu'elle perdit son mari, elle eut toute la journée une série d'attaques qui allèrent diminuant de fréquence les jours suivants. Quelque temps après, se serait montrée l'affection cardiaque. Elle avait été rhumatisante.

Sept enfants : 1° fille, morte en naissant; 2° garçon, mort à 3 ans du croup; 3° notre malade; 4° garçon (21 ans), réformé; 5° fille (15 ans), toujours souffrante, très-vive, pas d'attaques; 6° fille (8 ans), bonne santé, tranquille; 7° garçon, né non-viable à huit mois.

Antécédents personnels. — Suz... a été allaitée par sa mère et sevrée à deux ans. Déjà elle commençait à parler. Elle marchait depuis douze mois. Jusqu'à huit ans, rien, pas de paralysie ni de hoquet. Pas

d'accidents strumeux; à huit ans, pneumonie qui, au bout de huit jours, avait évolué. Jusque là assez excitable, la malade, à partir de dix ans, devint très nerveuse. Elle allait à l'école et apprenait, dit-elle, assez facilement. Mais elle était souvent punie pour ses taquineries et sa méchanceté. Suz... souffrait alors « d'un embarras gastrique. » Elle vomissait constamment des glaires ou ses aliments, suivant l'heure de la journée. De plus, elle sentait « une boule qui se promenait dans son corps. » Cette boule partait du flanc gauche, montait au cœur et à la gorge où elle l'étouffait. Elle perdait connaissance et tombait. Elle n'était pas raide et, pour la réveiller, il suffisait de lui faire avaler quelques gouttes d'eau froide. Pas de convulsions, ni de délire, pas de paralysie. Suz... ne sentait pas venir de loin ces attaques; elles arrivaient tout d'un coup. Il suffisait de la moindre contrariété pour les faire naître. Les choses allèrent ainsi jusqu'à quinze ans. A quinze ans, menstruation. L'établissement des règles a été un peu douloureux (maux de reins, douleurs en ceinture pendant deux jours); le jour même de leur arrivée, Suz..., qui venait de faire quelque sottise, fut punie par sa mère; elle eut alors une attaque, cette fois, convulsive. — Après la crise, elle pleura toute la journée. Cette attaque ne se reproduisit pas. Les mois suivants, les règles revinrent sans douleurs. Mais pendant la période menstruelle, l'excitation était plus grande que d'habitude. Il lui était impossible de travailler; elle laissait ses fers (elle était lisseuse depuis quelque mois). Le redoublement d'excitation n'amenait pas d'attaque, ni de sensation de boule; Suz... était tranquille de ce côté. Elle n'avait plus d'attaques, ni de perte de connaissance. A dix-huit ans, variole, dont elle porte les traces profondes. A dix-neuf ans, Suzanne devint la maîtresse d'un M. Gaston, qui faisait un service militaire d'un an. Une fois son amant libéré, Suz... s'installa complètement avec lui (octobre 1880). Les rapports étaient agréables et fréquents. Pas d'attaques pendant le coït. A la suite d'une discussion, la sensation de boule reparut. Suz... étouffait, était énervée, puis pleurait à chaudes larmes ou était prise de fou-rire, c'était tout. Elle était bien réglée. Ces mêmes symptômes se montraient à la moindre contrariété.

Le 6 janvier 1882, Suz... apprit de son amant qu'il la quittait. Aussitôt, elle sentit une boule monter du flanc gauche, se coucha et eut une attaque sur laquelle tout renseignement nous manque, la malade ayant été laissée seule et ne se rappelant rien.

Revenue à elle, Suz... courut chez son amant et tenta de le rame-

ner. Sur les refus de celui-ci, nouvelles crises qui, le soir et les jours suivants, reparurent dans les mêmes circonstances. Elle avait alors des convulsions, se tordait, frappait le plancher et à la fin appelait et insultait son amant.

Elle était généralement triste. A l'approche d'une attaque, sa tristesse augmentait, elle pleurait. Puis se déclarait l'aura ovarienne, la sensation de boule, elle tremblait et l'attaque éclatait. Pendant les prodromes, elle se sentait plus faible que d'habitude, avait des bourdonnements d'oreille, des hallucinations de la vue. Celles-ci lui montraient le plus souvent des animaux, des loups ou des singes. Ils arrivaient à sa gauche, parfois ils se trouvaient devant elle sans qu'elle pût dire par où ils étaient entrés. Gaston paraissait rarement; s'il le faisait, c'était avec des menaces. Trois jours après le départ de son amant, Suz... alla en yole sur la Garonne. L'embarcation faillit chavirer et Suz... eut un côté du corps mouillé. On poussa de suite à terre. A peine débarquée, Suz... eut une attaque composée d'une phase convulsive et d'une période délirante dans laquelle elle criait « je me noie ». Les jours suivants, les attaques ne diminuant pas de fréquence; le 11 mars, la malade demanda son admission à l'hôpital.

Etude de la malade dans le service.

Suz... est âgée de vingt-deux ans, grande, brune. La malade paraît bien constituée, pas d'incurvation des membres, d'étroitesse du bassin ni aucun autre symptôme de rachitisme. Elle a la figure couverte de cicatrices varioleuses que l'on retrouve aussi au cou et sur le thorax. Pas d'induration ganglionnaire ni de signe de syphilis. L'intelligence est très étroite, la mémoire peu développée, le caractère difficile et demandant à être rudement mené. Elle lit et écrit médiocrement, n'aime guère le travail. Elle vivait autrefois moins de ses « fers » que de ce qu'elle récoltait, la nuit, des passants. Menteuse à l'excés, on doit tenir peu de compte des renseignements qu'elle donne; ceux que nous avons transcrits ont été confirmés par des parents qui parfois viennent la voir.

La santé générale est satisfaisante. L'appétit est bon et les déjections se font bien. La menstruation régulière, bien colorée, dure de six à huit jours. Peu de pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Sensibilité générale. — Pas d'hémianesthésie. — *Hypoesthésie de tout le côté gauche* (contact, piqûre, froid et chaud). Pas d'hypéresthésie.

Sensibilité spéciale et organes des Sens. — *a.* — *Muqueuses oculaires. Vision.* — A droite, la sensibilité de ces muqueuses est bien conservée. La vision est nette. A gauche, la sclérotique ne réagit pas au contact d'une tête d'épingle. Les bords ciliaires sont insensibles. A 30 centimètres des lettres majuscules, de grosseur moyenne, sont à peine distinguées. Elles dansent, dit la malade. A 35, 40 centimètres, elles sont enveloppées d'un brouillard; à 50 centimètres, elles disparaissent. Pas d'inégalité pupillaire. L'accommodation se fait bien. Le violet est seul bien reconnu; les autres couleurs le sont mal ou pas du tout.

b. — *Muqueuses auditives. Ouïe.* — Sensibilité et audition intactes à droite. A gauche, de fortes piqûres sont à peine perçues. Le tic-tac d'une montre n'est entendu qu'à 10 centimètres, tandis qu'à droite, il l'est bien à 40.

c. — *Muqueuses nasales. Odorat.* — Sensibilité diminuée à gauche, normale à droite. L'acide acétique, l'éther, l'ammoniaque ne sont pas sentis à gauche; à droite, ils sont bien reconnus.

d. — *Langue. Goût.* — Sensibilité très atténuée à gauche. De même pour les lèvres, les muqueuses buccales, du voile et de la voûte palatine. Le sel marin est reconnu à droite. Il ne l'est point à gauche.

e. — *Muqueuse vulvaire. Sens génésique.* — La sensibilité est plus vive à droite qu'à gauche. Les rapports sont agréables, désirés. Pas d'hypersécrétion vaginale. Très peu de pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Force musculaire. — Dynamomètre Mathieu.

Main droite (1) 23 kil. — Main gauche, 23 kil.

Jambe droite, 16 kil. — Jambe gauche, 15 kil.

Fonctions digestives. — En dehors des langueurs d'estomac qui font partie des prodromes d'attaques, Suz... ne se plaint jamais ni de manque d'appétit, ni de pyrosis, ni de vomissements ou de nausées. Il n'y a pas de constipation, ni de diarrhée. Le goût n'est pas capricieux, quoiqu'elle aime beaucoup les épices et en fasse toujours provision quand on lui permet de sortir.

Cœur. — Pas de lésions. — *Poumons.* — Le murmure vésiculaire

(1) La malade est gênée de la main droite, ayant perdu le 4e métacarpien, on ne sait comment.

est doux, moelleux, sans mélange d'aucun bruit anormal. — *Foie.* — *Reins.* — *Rate.* — Sains.

Attaques. — Il est rare que Suz... passe un seul jour sans avoir au moins une attaque. Le plus souvent, elle en a plusieurs dans la même journée. Pendant toute la durée de notre observation, nous n'avons pas trouvé de différence à ce point de vue entre la matinée et l'après-midi. Les chiffres sont aussi forts dans ces deux périodes de la journée. Dans une période d'un mois, nous avons 72 attaques qui se décomposent ainsi : 38 le matin, 34 le soir. Six jours se sont passés sans crises. La menstruation semble n'avoir aucune influence sur l'intensité ou la fréquence des attaques. Nous avons cependant trop peu de données pour nous prononcer à ce sujet.

Prodromes. — Le plus souvent, Suz... voit venir son attaque une heure avant qu'elle n'éclate. Quelquefois, le temps est plus court et l'attaque débute une demi-heure ou 15 minutes après les premiers signes prodromiques. C'est tout d'abord une agitation plus grande que de coutume. La malade est énervée, elle s'étire et bâille fréquemment. Elle sent le besoin de mouvements, descend de son lit, marche dans la salle, a « des secousses. » Cette agitation dure près d'une demi-heure. Puis elle commence à trembler principalement des membres inférieurs, très peu des bras ; elle claque des dents, sue des mains et du front. Les langueurs d'estomac commencent, très-faibles d'abord, puis augmentent peu à peu. La malade se met au lit.

Des douleurs se montrent à la zone hystèrogène du creux poplité, douleurs profondes, constrictives, locales. Généralement, cette zone est la seule à être douloureuse, les zones malléolaires et du pli du coude gauche n'agissant que lorsqu'une vive contrariété a déterminé l'attaque.

Dés que la douleur poplitée commence, la boule part du flanc gauche; les langueurs d'estomac augmentent. Les forces diminuent. Il semble à la malade qu'elle ne pourrait remuer les bras et les changer de place. Les extrémités supérieures présentent des troubles vasomoteurs. Les doigts deviennent peu à peu froids, exsangues, et les piqûres profondes n'y sont pas senties. *(Phénomène du doigt mort.)* — Les langueurs d'estomac augmentent de plus en plus.

Hallucinations. — *Ouïe.* — C'est le sens qui est le premier affecté. Elle entend d'abord des sifflements, des bourdonnements; puis des voix qu'elle ne reconnaît pas la plupart du temps parlent à son oreille gauche. Il est rare que ce soit Gaston qui lui parle. — *Vue.* — C'est le plus

souvent un loup noir ou marron. Elle ne le voit pas arriver; elle le trouve à sa gauche prêt à sauter sur le lit. Il n'y en a jamais qu'un. Viennent ensuite des rats blancs : « Il y en a plein la salle. » Ils grimpent sur le lit. Lorsque Gaston se montre, il parait le premier. Il est à gauche et aux pieds du lit. Il est habillé d'un pardessus marron tout sale (c'est le costume ordinaire de Gaston. Suz... le narguait constamment à ce sujet) il est parfois avec sa maîtresse qu'il embrasse. — *Toucher.* — Il arrive que Gaston la « bouscule, » la pousse par les épaules. — Pas d'hallucination du sens génital.

Aura. — Elle se confond avec la période prodromique. Une boule part du flanc gauche et monte vite à l'estomac. C'est là qu'elle séjourne pendant presque toute la période prodromique; puis monte au cœur où elle cause des palpitations; à la gorge, où elle produit de la constriction du larynx. Puis surviennent les symptômes céphaliques : bourdonnements, sifflements, principalement dans l'oreille gauche, battements violents des artères temporales, obnubilations de la vue. A ce moment, la malade perd connaissance et l'attaque éclate. Elle se compose de trois phases.

a. — *Phase épileptoïde.* — Elle dure à peine vingt secondes. La malade laisse aller la tête en arrière, la face regardant en avant. Tout le corps devient rigide et peut être soulevé d'ensemble. Le cou est proéminent, rouge. Les artères temporales ont des pulsations énergiques. La respiration est arrêtée. Les yeux sont fermés, les orbiculaires palpébraux contracturés, ainsi que les élévateurs de la mâchoire inférieure. Les pupilles sont tournées en haut et en dedans, elles sont presque toujours dilatées. Il n'y a pas d'écume.

b. — *Phase clonique.* — Cette période compose à peu près toute l'attaque et dure environ deux minutes. La malade, sans pousser de cri, se tourne à droite, formant un léger arc de cercle latéral à concavité dirigée à gauche, croise les bras, les ouvre et frappe son lit en revenant au décubitus dorsal. Dans ce dernier mouvement, elle pousse un *Ah!* semblable à celui qui accompagne tout effort. Puis le même mouvement se fait, en se tournant à gauche. Arcs de cercle postérieurs (4 à 5). Se jette à droite, à gauche, en accomplissant la série des mouvements indiqués. Pendant ce temps, les jambes sont fléchies et se détendent, en même temps que les bras frappent le lit. Période de calme (30 secondes). Suz... est dans le décubitus dorsal. La respiration est haletante, le pouls plein et rapide. Les poings sont fermés, le pouce infléchi. Grincements de dents. Subitement, la période clonique précé-

demment décrite reparaît avec les mêmes caractères. La série comprend ainsi trois à quatre attaques, avec cette particularité que la phase épileptoïde n'existe qu'au début de la série. Généralement tout est terminé au bout de 15 à 20 minutes.

c. — Phase cataleptique. — Elle termine l'attaque. La malade ne revient pas à elle après la période clonique; elle reste dans le décubitus dorsal. La respiration est calme, régulière, la physionomie sans expression. Les paupières sont le siège d'une trépidation rapide, continue. Les orbiculaires palpébraux sont légèrement contracturés, les pupilles, dilatées, sont tournées en haut; les globes oculaires sont soumis à de petites oscillations. Les muscles, dans le relâchement, n'ont plus que leur tonus; les membres peuvent occuper toutes les positions et longtemps les conserver, ainsi que le tronc. Pas de raideur des articulations.

Dans cet état, on peut provoquer toutes sortes d'*hallucinations*, ainsi que nous le verrons plus loin, au sujet de la catalepsie spontanée.

Traitement de l'attaque. — On se rend maitre de l'attaque *convulsive* : 1° par la compression ovarienne gauche; 2° par la compression bi-carotidienne; 3° par celle des globes oculaires.

La compression ovarienne agit rapidement (1 minute). Dès que les doigts ont atteint le détroit supérieur, Suz... pousse un soupir, ses muscles se détendent, ses mains s'ouvrent, et ses bras tombent de chaque côté du corps. Les yeux restent fermés; les pupilles sont convulsées en haut et un peu en dedans; il y a de la trépidation des paupières; les muscles conservent les positions qu'on leur donne. Suz... est en catalepsie. Ainsi agissent plus ou moins promptement les autres moyens d'arrêt. Ils ne rappellent pas la malade à elle-même, ne font cesser que les convulsions, et semblent n'avoir pas prise sur la catalepsie qui termine l'attaque. Des deux autres moyens d'arrêt (compression bi-carotidienne — compression des globes oculaires), le premier est le plus efficace. La face et le cou se gonflent aussitôt, la malade tousse un peu et la catalepsie est établie.

Catalepsie provoquée. — Cet état peut être obtenu : 1° par l'attitude des yeux en convergence supérieure par fixation d'un objet brillant; 2° par la fixation du regard; 3° par compression des globes oculaires.

Tous ces moyens agissent avec une égale rapidité. C'est ordinairement la fixation du regard que nous employons. On voit aussitôt les yeux de la malade s'humidifier, les pupilles osciller. La respiration

Obs. III. — (Suz... Bern...)

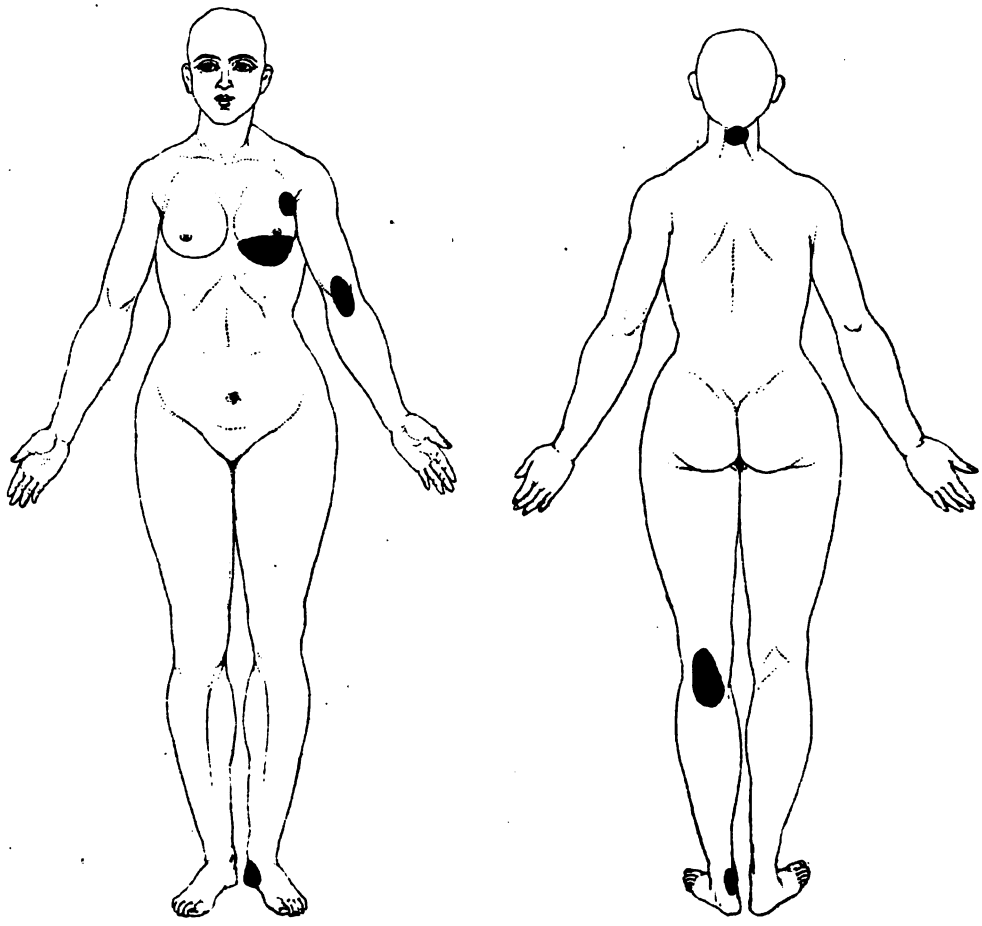


Fig. 4.

Zones hystérogènes.

devient large, profonde; les pupilles se dirigent en haut et en dedans, en même temps que les larmes s'écoulent; reviennent dans la position de vision horizontale, vont de nouveau se cacher sous la paupière supérieure, et enfin les yeux se ferment (1 minute 1/2). Légère trépidation des paupières. La respiration est calme; le pouls régulier. Les membres conservent toutes les positions qu'on leur donne, même les plus bizarres. Tous les mouvements commandés sont possibles, moins l'ouverture des yeux. Les orbiculaires palpébraux sont, en effet, légèrement contracturés. La sensibilité est la même que dans la veille. Pas de modification de la catalepsie par l'ouverture d'aucun des yeux.

Dans cet état, toutes les *hallucinations* sont possibles, moins celles du goût. Suz... supporte bien qu'on lui fasse voir des oiseaux, des chiens; mais elle a peur et a une attaque dès qu'on lui présente les animaux qui se montrent dans les hallucinations prodromiques de l'attaque (loups, rats blancs, lions). Les hallucinations de l'ouïe, de l'odorat sont aisées, ainsi que celles du toucher; celles du goût sont impossibles. On ne peut la tromper sur ce qu'on lui présente.

Pendant qu'elle est en catalepsie, Suz... délire parfois spontanément. C'est toujours Gaston qui paraît. Elle lui fait, en riant d'un rire bête, des observations saugrenues sur son paletot sale, sur sa maîtresse, sur les baisers qu'ils échangent, etc. Elle lui parle des pigeons qu'il possède, le priant de lui en donner un qu'elle conservera en souvenir de lui. Elle s'attendrit et pleure à cette idée. Puis éclate de rire en revenant au paletot.

Moyens d'arrêt de la catalepsie. — La catalepsie cède : 1° par la compression ovarienne; 2° par l'insufflation dans l'œil gauche. Ce dernier moyen est le plus rapide. C'est à lui que nous avons recours. La malade, revenant à elle, se frotte les yeux, demande ce qui s'est passé et n'a aucun souvenir de ce qu'elle a dit.

Zones hystérogènes. — Suz... ne présente pas de zones simplement douloureuses.

Les zones hystérogènes, chez Suz... sont situées (*fig. 4*) :

1° Dans la région sous-mammaire, au niveau du cinquième espace intercostal gauche, au-dessous du mamelon;

2° Dans la région latéro-mammaire gauche, au niveau du quatrième espace intercostal, sur la verticale de l'aisselle ;

3° Au pli du coude gauche, de chaque côté du tendon bicipital, dépassant en haut et en bas d'un travers de doigt le pli articulaire;

4° Au jarret gauche, sur le trajet du sciatique poplité interne. Cette zone, large de deux travers de doigt, dépasse en haut et en bas de 1 centimètre le pli articulaire;

5° En arrière des malléoles interne et externe gauches, embrassant ainsi le tendon d'Achille;

6° A la nuque, au niveau des deuxième et troisième vertèbres cervicales.

Action des zones hystérogènes. — Toutes ces zones ne sont pas également excitables; la plus active est la zone sous-mammaire gauche. Il suffit, pour déterminer une attaque convulsive, d'une légère pression de cette zone. Elles peuvent être classées, d'après leur énergie, dans l'ordre suivant :

Zone sous-mammaire gauche — zone poplitée gauche — zones malléolaires gauches — zone de la nuque — zone brachiale — zone latéro-mammaire.

a. — Toutes ces zones sont excitatrices, et donnent lieu à une attaque complète, aucune d'elles n'est frénatrice.

b. — Si pendant une attaque, on comprime l'une d'elles, à quelque période que soit la crise, celle-ci redouble de vigueur et les convulsions recommencent.

c. — La compression ovarienne faite en même temps que celle d'une zone hystérogène ne peut enrayer l'action de cette dernière.

Tel était l'état de la malade jusqu'à la fin d'avril, époque à laquelle, à la suite d'un coup de tête, elle se fit renvoyer de l'hôpital. Elle redemanda le 12 mai son admission dans le service. Ses attaques étaient plus fréquentes, disait-elle, et plus violentes. Il n'en était rien. Elle était conduite à l'hôpital, surtout par sa paresse. Mais nous avons pu constater des modifications dans l'état des zones hystérogènes.

17 Mai. — M. Pitres comprime très légèrement la zone brachiale gauche. La malade sent une boule partir du flanc gauche, monter lentement vers l'épigastre. Là, dit Suz... elle s'arrête, mais quelque chose qu'elle ne peut définir continue à monter sans donner de palpitations, ni de langueurs d'estomac, arrive à la gorge sans causer de constriction, monte à la tempe, produit des vertiges. Puis les yeux jouent dans les orbites, convergent en dedans et en bas, les paupières se ferment, une large inspiration se fait et la malade est cataleptisée. Tremblement des paupières. Les membres conservent les positions qu'on leur donne. Pas de raideur des articulations. Sensibilité, la

même que pendant l'état de veille. On augmente la pression sur la zone. On sent le cœur battre violemment; le cou se gonfle, les artères temporales donnent de violentes pulsations et l'attaque éclate avec ses deux phases : épileptoïde, convulsive. — On augmente encore la pression, l'attaque est de suite arrêtée. Mais la malade ne revient pas complètement à elle. La phase convulsive cesse pour faire place à la catalepsie. Pour avoir raison de celle-ci, il faut recourir soit à la compression ovarienne, soit à l'insufflation dans l'œil gauche.

Ces faits ont été maintes fois constatés; ils se sont produits toujours dans le même ordre et tous ceux qui suivent le service ont pu les répéter. Les autres zones hystérogènes donnent les mêmes résultats : pression légère — catalepsie — pression plus accentuée — attaque convulsive — pression énergique — arrêt des convulsions, catalepsie.

Observation IV.

Antécédents : Mère sujette à des pertes de connaissance. — Règles à 11 ans. — A 12 ans, hoquet convulsif. A 15 ans, accès de pleurs à la suite de la mort de son amant. — En 1879, pertes de connaissance précédées d'une sensation de boule. — Hydrothérapie à Cauterets. — Pas de modification notable.

État actuel 1882. — Constitution chétive. — Menstruation irrégulière. — Hypoesthésie gauche. — Fonctions diverses. — Attaques de sanglots secs. — Moyens d'arrêt. — Catalepsie provoquée. — Zones hystérogènes.

P... Léonie, couturière, âgée de dix-huit ans, est entrée le 31 décembre 1881, à l'hôpital Saint-André (service de M. Pitres.)

Antécédents héréditaires. — *Père* infirme, d'une nature calme. *Mère* vive, ardente, sujette, à la moindre contrariété, « à avoir ses vapeurs. » Elle perdait parfois connaissance et tombait « comme morte. » *Sept enfants*, dont deux morts du croup, un de la variole. L'ainé des survivants est violent, irascible. La cadette est notre malade. Des deux autres filles, l'une est « molle, » paresseuse, l'autre au contraire, la plus jeune, vive et méchante.

Antécédents personnels. — L... a été pendant cinq mois allaitée par sa mère. Sa première enfance ne présente rien de particulier. Pas de lymphatisme, ni de scrofule. Pas de chorée ni d'affection nerveuse d'aucune sorte. Réglée à onze ans, la menstruation s'est de suite bien établie. Le flux était assez abondant et de bonne couleur. Il ne pré-

senta pas de variation jusqu'à l'âge de quinze ans. A douze ans, L... eut, dit-elle, une affection de poitrine qui la tint près de six mois au lit. Convalescente, elle fut prise d'un *hoquet* qui revenait par accès, la prenait subitement et que rien ne pouvait calmer. Jusqu'à quatorze ans, Léonie alla en pension. Elle apprenait facilement. Elle n'était point taquine, mais boudait constamment, et restait isolée de ses camarades. Elle n'avait pas quinze ans, qu'elle fit la connaissance d'un M. Joseph dont elle devint la maîtresse. Celui-ci mourut trois mois après sa liaison. A la nouvelle de la mort de son amant, Léonie vit ses règles subitement se supprimer, mais elle ne perdit pas connaissance et n'eut pas d'attaques. Elle pleura abondamment, paraît-il; son appétit fut perdu, et de plus en plus elle se mit à pâlir.

En janvier 1879, elle quitta les Hautes-Pyrénées et vint à Bordeaux chez une de ses tantes qu'elle abandonna au bout de deux mois. Elle entra comme couturière dans un atelier. Mais un travail régulier lui était impossible. Elle sentait par moments son caractère se modifier; tout d'un coup ne pouvait plus supporter ses compagnes et un *accès de pleurs* éclatait. En mars 1879, la menstruation se rétablit. Au mois de mai, l'état de Léonie se modifie. Elle n'a pas seulement des accès de pleurs; mais deux et trois fois par semaine, elle éprouve la *sensation d'une boule*, qui partant de l'estomac, montait au cœur, puis au larynx où elle amenait de la constriction. Elle perdait alors connaissance et tombait. Nous n'avons pu avoir aucun détail sur cette attaque. Personne n'assistait la malade.

En août, sur les conseils de son médecin, Léonie va à Cauterets. Là, pendant trois mois, elle suit un traitement hydrothérapique. Pendant une partie de son séjour, les attaques reviennent avec la même fréquence. Seulement, les prodromes sont plus longs. Une heure avant ses crises, Léonie se sentait agacée, irascible, en proie à des langueurs d'estomac, puis une boule montait, partant du flanc gauche, allait à l'estomac, au cœur, où elle donnait lieu à des palpitations, et enfin au larynx, où elle produisait de la constriction. Perte de connaissance. Pas de convulsions, ni de délire.

Au mois d'octobre, un mois avant son départ de Cauterets, Léonie n'a plus de pertes de connaissance que dans l'intervalle de ses règles; alors qu'elle était réglée, elle n'était sujette qu'à des accès de pleurs.

Jusqu'en juin 1880, pas de modification notable. A cette époque, elle entra dans le service de M. Mabit pour une tumeur siégeant au niveau du corps thyroïde, qui céda à des badigeonnages à la teinture d'iode.

M. Mabit, frappé de ses accès de pleurs, alternant avec des accès de rire, lui fit prendre des douches. En septembre, Léonie quitta l'hôpital, son état s'étant beaucoup amendé. En octobre 1881, Léonie se mit à tousser. Voyant qu'elle ne pouvait arrêter cette toux, elle entra à l'hôpital Saint-André le 30 décembre 1881 (service de M. Pitres).

Étude de la malade dans le service.

P... Léonie est petite, brune et d'une constitution assez frêle. Les muqueuses sont pâles, ainsi que la peau. Le système pileux est peu abondant, les seins peu développés. Pas de cicatrices scrofuleuses, ni d'engorgements ganglionnaires chroniques. Le caractère de Léonie est difficile; elle est constamment en dispute avec les autres hystériques; portée au mensonge, elle fait à tout instant de faux rapports sur les faits et gestes des malades. Deux fois, on fut obligé de la mettre à la porte pour le tapage qu'elle occasionnait. L'intelligence est faible; elle sait cependant lire et écrire. Elle lit rarement, et passe la plus grande partie de sa journée dans l'oisiveté la plus complète.

La menstruation est irrégulière, assez abondante, mal colorée. Elle dure environ trois à quatre jours. Elle ne paraît avoir aucune influence sur la durée ou la fréquence des attaques.

Sensibilité générale. — Pas d'anesthésie. *Hypoesthésie* du côté gauche. De ce côté, le contact, la piqûre, le froid et le chaud sont moins bien sentis.

Sensibilité spéciale et organes des sens. — Les sens sont normaux à droite. A *gauche*, la *vision* est diminuée; elle n'est possible distinctement qu'à 80 centimètres, tandis qu'à droite, les mêmes caratères sont lus à 1^{m}80. Pas d'inégalité des pupilles qui se contractent bien. A droite, toutes les couleurs sont bien reconnues; à *gauche*, le rose et le violet sont méconnus. L'*odorat* (ammoniaque — éther — acide acétique), et le *goût* (sel marin — acide acétique) sont diminués à gauche. L'*ouïe* est également très affaiblie, le tic-tac d'une grosse montre, entendu à droite à 60 centimètres, ne l'est à *gauche* qu'à 20 centimètres.

A *gauche*, les muqueuses oculaires, olfactives, auditives, buccales et vulvaires sont hypoesthésiées. La sensibilité de la langue est également diminuée à gauche.

Force musculaire au dynamomètre de pression (Mathieu) :

Main droite..... 25 kil
— gauche..... ..... 22 kil 1/2

Fonctions diverses. — a. — Digestives. — Elles se font bien, l'appétit est bon, il n'y a pas de nausées, ni de pyrosis, parfois des vomissements aqueux dans la période prodromique des attaques. Pas de constipation ni de diarrhée. — *b.* — *Respiratoires.* — Avant son entrée dans le service, L... a craché du sang. Elle toussait déjà, sans expectoration. En avant, la résonnance des poumons est normale. La respiration dans les deux tiers inférieurs est normale; murmure vésiculaire, doux, moelleux. Les sommets respirent mal. Il y a un peu de rudesse dans le bruit respiratoire. Pas de souffle. Il en est de même en arrière. — *c.* — *Circulatoires.* — Rien au cœur; les bruits sont nets; bien claqués. — *d.* — *Urinaires.* — Pas de douleur rénale; urines normales; pas d'albumine ni de sucre; rien au *foie* ni à la *rate.*

Attaques. — Il ne se passe pas de jours que Léonie n'ait plusieurs attaques. Elles se montrent principalement dans la matinée et la soirée. L'après-midi est assez tranquille. Léonie est avertie de sa crise, dix minutes avant qu'elle n'éclate. Elle est plus agitée que de coutume, éprouve le besoin de marcher, de courir dans la salle. Cette agitation retarde parfois le début de l'attaque. Les idées deviennent plus sombres; elle pense à Joseph, mais elle n'a pas d'hallucinations. Parfois se déclarent quelques vomissements aqueux.

Aura hystérogène. — Alors seulement Léonie souffre du sein gauche, douleur aiguë, tiraillante, locale, profonde, qui bientôt se montre avec les mêmes caractères au sein droit. Puis le bras gauche, le bras droit, (plis des coudes) et le jarret gauche se prennent. Ici la douleur n'est pas bien localisée, elle s'étend à tout le mollet et parfois même à la jambe. Trois minutes après, l'aura ovarienne débute.

Aura ovarienne. — La sensation de boule n'est pas bien distincte; la malade sent toutefois que quelque chose monte du flanc gauche, va au cœur, « l'entortille, » lui donne de violentes palpitations. Là, la boule séjourne, en accentuant la douleur mammaire. Elle monte enfin au larynx, étouffe la malade qui perd connaissance.

Attaque.—Léonie se laisse aller sur son lit. Les poings sont fermés, le pouce infléchi, les yeux sont convulsés en haut et en dedans, tout le corps est raide et pourrait être soulevé d'une pièce. La physionomie est

sans expression. Ce qui caractérise l'attaque chez elle, ce sont des *sanglots secs*. On l'entend en effet sangloter. C'est une suite d'expirations brusques, saccadées, bruyantes, coupées d'inspirations laborieuses. Pas une larme ne s'écoule. La perte de connaissance est complète. Il n'y a pas cependant d'anesthésie totale. La malade réagit et souffre quand on la pince ou qu'on la pique. Cet état dure de dix minutes à une heure. Il n'y a pas la moindre convulsion. L'attaque a-t-elle évolué spontanément, la malade ouvre les mains; la contracture générale disparaît. Elle ouvre ensuite les yeux, regarde autour d'elle comme étonnée, se met à rire pendant quelques minutes, rajuste ses vêtements et descend de son lit. Pas d'hallucinations pendant l'attaque.

Traitement des attaques. — On se rend maître des attaques :

1° Par la compression ovarienne gauche;

2° Par celle des deux globes oculaires;

Lorsqu'on fait la compression de l'ovaire gauche, la malade s'agite, crie et cherche à repousser la main du médecin. Mais bientôt (30 secondes) ces phénomènes se calment; l'agitation, les cris disparaissent, la contracture cède, les mains et les yeux s'ouvrent, et la malade, étonnée de voir quelqu'un auprès d'elle, se cache sous son traversin. Parfois une crise de rire termine la scène (1 minute à 2 minutes). L'action de la compression des globes oculaires est plus lente (3 minutes, parfois davantage). La malade ne revient pas à elle, mais entre dans un état cataleptoïde qu'on fait cesser en lui soufflant dans l'œil gauche.

Catalepsie provoquée. — Cet état peut être déterminé : 1° par la compression des deux globes oculaires; 2° par l'attitude du regard en convergence interne par fixation d'un objet brillant.

C'est ce dernier moyen que nous employons avec Léonie. L'hypnotisme est aisément produit. Il suffit de deux à trois minutes pour l'amener. La malade résiste d'abord, mais, quelques instants après, sa respiration se régularise, ses yeux s'humidifient. Il n'y a pas d'oscillation des pupilles. Pendant la catalepsie, les yeux sont tournés en haut. Il n'y a ni dilatation, ni contraction des pupilles.

Une fois endormie, Léonie est en *état cataleptoïde des membres supérieurs*. Les membres inférieurs sont raides, les articulations résistent. Il n'est pas possible de les faire tenir soulevés. Les membres supérieurs peuvent occuper toutes les positions, mais ces positions ne sont pas bien conservées. La malade s'en écarte toujours un peu, laissant retomber les bras. Les articulations sont souples. La sensibilité est la même que pendant l'état de veille.

Dans cet état, toutes les *hallucinations* sont possibles, sauf celles du toucher et du goût.

Moyen d'arrêt de la catalepsie. — Un seul procédé peut tirer Léonie de l'état cataleptoïde, c'est l'insufflation dans l'œil gauche. La malade se réveille brusquement, demande ce qu'on lui a fait et se met à rire stupidement pendant quelques minutes.

Zones hystérogènes. — Elles sont situées (*fig. 5*) :

1° à la région sus-mammaire gauche, dans les troisième et quatrième espaces intercostaux. Cette zone est étendue, elle va du bord sternal à la verticale passant par l'aisselle ;

2° A la région sus-mammaire droite dans les troisième et quatrième espaces intercostaux. Moins étendue que la précédente, cette zone occupe au-dessus du mamelon une espace de 3 centimètres carrés environ ;

3° A l'ovaire gauche ;

4° Au pli du coude droit, en dedans du tendon bicipital. Cette zone dépasse de deux travers de doigt en haut et en bas le pli articulaire ;

5° Au pli du coude gauche. Cette zone est très limitée, elle siège en dedans du tendon du biceps et dépasse à peine le pli articulaire ;

6° Au jarret gauche. Elle est limitée en haut par l'insertion des jumeaux, et descend à 2 centimètres au dessous du pli articulaire.

Action des zones hystérogènes. — Ces zones sont toutes excitatrices, la compression de chacune d'elles provoque l'attaque. Aucune d'elles, au contraire, n'est frénatrice, sauf la zone ovarienne. Cette dernière domine toutes les autres, de telle sorte que si l'on comprime l'ovaire gauche, on peut impunément exciter les différentes zones, leur action est paralysée.

Les différentes zones, autres que l'ovaire, n'ont pas toutes la même énergie. La plus efficace est la zone sus-mammaire gauche. Viennent ensuite : la zone brachiale gauche, celle du jarret, la zone mammaire droite, et enfin celle située au pli du coude droit. Il faut, pour amener une action de cette dernière, une pression longue, énergique et soutenue.

Obs. IV. — (Leon... Parf...)

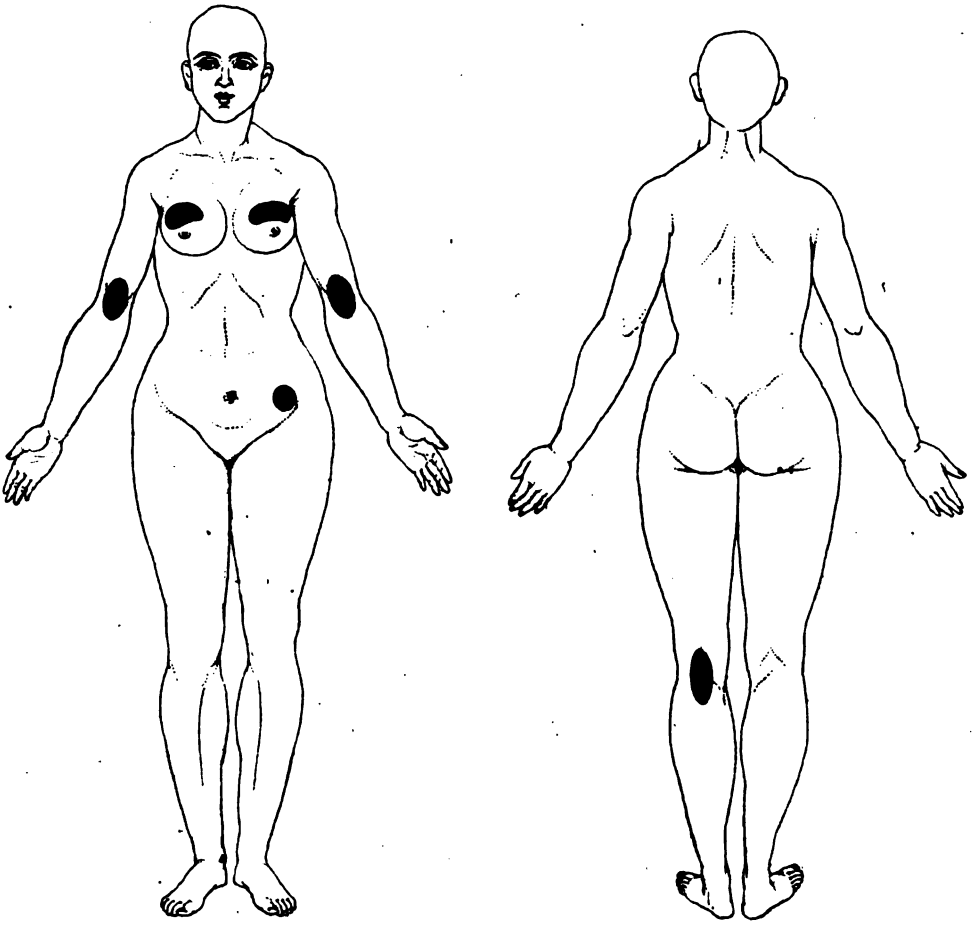


Fig. 5.

Zones hystérogènes.

Observation V

Recueillie par M. de Fleury, interne du service.

RÉSUMÉ

Antécédents : première attaque en 1873, se montrant ensuite tous les cinq à six jours. En 1877, mort de son amant : attaque. — En 1878, névralgies occupant le crâne et la face des deux côtés. — Ménopause en 1881 : crise violente. — Névralgies se localisant aux régions sus et sous-orbitaires. — En 1881, pour ces névralgies, élongation des nerfs sus et sous-orbitaire. Insuccès.

État actuel (1882) : Hémianesthésie gauche. — Plaques anesthésiques à droite. — Fonctions diverses. — Description des attaques. — En janvier 1882 : attaques de contracture. En juin : attaques convulsives. — Moyens d'arrêt. — Catalepsie provoquée. — Zones hystérogènes.

B... Emma, couturière, âgée de trente-et-un ans, est entrée en décembre 1881, à l'hôpital Saint-André (service de M. Pitres).

Cette malade n'a pas d'antécédents héréditaires. Son enfance ne présente rien de particulier; on n'y trouve rien en dehors d'une nervosité accentuée. Elle était facilement agacée, riait ou pleurait sans motifs plausibles. Elle avait l'esprit romanesque et prenait grand plaisir à la lecture des romans. A quinze ans, Emma se lia avec un nommé Henry, avec lequel elle habitait à la campagne. Elle éprouvait pour son amant une sincère affection. Son existence était paisible, lorsqu'en 1873, Henry fut gravement malade. On désespérait de le sauver. Emma eut une première attaque qu'on lui a dit avoir duré quatre heures. Tout autre renseignement manque.

Pendant les trois années qui suivirent, les attaques se montrèrent tous les cinq ou six jours, avec les mêmes caractères. La menstruation était bonne, mais elle était accompagnée d'un redoublement des crises qui paraissaient alors deux, trois et même quatre fois par jour.

Le 1er janvier 1877, Henry mourut. Il était en voyage. Une dépêche, reçue par une amie, du nom de Rita, en avertit notre malade. A ce moment, attaque qui, comme la première, dura trois ou quatre heures.

En 1878 (juin), l'état d'Emma se compliqua de névralgies. Elles occupaient le crâne et la face des deux côtés. Les douleurs, extrême-

ment violentes, la privaient complètement de sommeil, redoublant d'intensité la nuit. Au moment des exacerbations, des crises éclataient. Au bout de six mois, les névralgies diminuèrent d'intensité, et, avec elles, les attaques d'hystérie (une à deux fois par semaine). En mars 1881, Emma perdit sa sœur. Ses règles se supprimèrent, sans retour, et elle eut une crise violente. Les névralgies, qui n'avaient pas complètement disparu, reprirent de plus belle. D'abord, semblables aux précédentes, elles occupèrent les deux côtés de la tête, puis se localisèrent plus spécialement au côté droit, dans la région occupée par les nerfs sus et sous-orbitaire. En même temps, la vue s'affaiblit; l'œil droit surtout était atteint.

Pour ces raisons, la malade demanda, le 20 avril 1881, son admission à la clinique ophthalmologique (professeur, M. Badal). On lui pratiqua l'élongation des nerfs sus et sous-orbitaire droits. Ce dernier cassa sous la traction et fut resequé dans une longueur de 2 centimètres. Le chloroforme avait été administré. Lorsqu'elle se réveilla, la malade eut une crise dont la durée fut de trois quarts d'heure. Cette double opération ne fut pas suivie du succès qu'on espérait; les névralgies persistèrent.

Voyant les fréquentes attaques auxquelles était sujette Emma, M. Badal l'envoya à M. Pitres, qui l'admit dans son service, en décembre 1881.

Étude de la malade dans le service.

Janvier 1882. — B... Emma est petite, maigre; ses traits sont ridés. Elle est dans un état d'affaissement continuel, répond à voix basse et peu distinctement aux questions qu'on lui pose. Il est rare qu'elle s'occupe; sa vue, qui de jour en jour devient plus faible, lui interdit la lecture; elle reste dans son lit la plus grande partie de la journée, et on la trouve presque toujours en pleurs, soit à cause de ses souvenirs, soit par l'inquiétude que lui donnent ses yeux. Ses névralgies sus et sous-orbitaires sont aussi vives que par le passé. Elles sont, par moments, insupportables et déterminent des crises. Elle n'est plus réglée, mais n'a pas de pertes blanches.

Sensibilité générale. — *Hémianesthésie gauche* ayant épargné les orteils qui ont conservé leur sensibilité normale. A la partie antérieure du tronc, la limite de l'anesthésie dépasse à droite de 4 centi-

mètres la ligne médiane. En arrière, elle s'arrête à la ligne médiane.

Côté droit.—Le creux poplité et le mollet droit dans ses trois quarts supérieurs sont insensibles. Il en est de même du domaine du sous-orbitaire resequé. Tout le reste du corps est normalement sensible. Pas d'hypéresthésie.

Sens spéciaux. — La vision est presque abolie et diminue de jour en jour, surtout à droite.

Il n'y a pas eu d'examen ophthalmoscopique. Les autres sens normaux, à droite, ont leur pouvoir diminué à gauche. La langue est anesthésique dans sa moitié gauche ; à partir de la ligne médiane, la sensibilité revient progressivement.

Les muqueuses oculaire, olfactive, auditive, vulvaire, sensibles à droite, sont insensibles à gauche.

Fonctions diverses. — *a.* — *Digestives.* — Emma se plaint constamment de langueurs d'estomac; elle dit avoir un poids à l'épigastre. Il n'y a pas de dilatation stomacale, pas de tumeur appréciable de la région. D'ailleurs, pas de nausées, de pyrosis, ni de vomissements. Les garde-robes sont bonnes et régulières. L'appétit est moyen, mais régulier. — *b.* — *Respiratoires.* — Les poumons respirent bien ; le murmure vésiculaire est sans mélange d'aucun souffle. — *c.* — *Cœur.* — Claquements nets. Pouls régulier, plein. — Le *foie*, la *rate*, les *reins* ne présentent rien d'anormal.

Attaques. — Elles sont fréquentes et se renouvellent trois et quatre fois par jour, indifféremment dans la matinée ou la soirée. Il arrive que l'état de mal dure des heures entières; cela surtout lorsqu'une émotion l'a suscité, lorsqu'on a eu besoin de faire revenir Emma sur quelques points de son histoire.

Prodromes. — Pendant un temps variable, une demi-heure ou une heure avant l'attaque, Emma B... la sent venir. Elle éprouve un malaise général; ses douleurs peri-orbitaires s'exaspèrent. Elle ressent dans les mollets, dans le dos, sous les reins, une sensation de mâchure. Puis il lui part du flanc gauche une boule qui monte au creux de l'estomac, l'étouffe. La malade perd connaissance et la crise commence.

Les attaques ont revêtu successivement différentes formes. Pour la première fois, elles ont été bien observées le 3 janvier 1882. Les prodromes terminés, Emma pousse deux ou trois petits cris étouffés et tombe en *contracture généralisée.* Les membres supérieurs sont étalés le long du corps, dans l'extension forcée; les mains sont fermées, le

pouce infléchi. Les membres inférieurs sont étendus, les pieds dans l'attitude du pied-bot *varus equin*. La tête est tournée à droite ; les yeux regardent en bas, le ventre est ballonné. La contracture est telle qu'on soulève le corps tout entier, en soulevant le pied. La malade a les apparences calmes et tranquilles du sommeil ; la respiration et le pouls sont calmes.

Cet état dure une demi-heure à trois quarts d'heure. A cette période de contracture, succède le *délire* pendant lequel les membres inférieurs sont seuls contracturés ; les membres supérieurs battent légèrement le lit : « Oh ! non, ce n'est pas vrai ! tu as mal lu ! Il n'est pas mort... Oh ! je veux y aller !... Oh ! non, laisse-moi voir, Rita, je t'en prie... En frappant, le facteur a dit : Mademoiselle Emma, c'est une dépêche pour vous !... Oui, je veux y aller... Pauvre Henry !... Va-t-en chercher une voiture... Non, je ne suis pas malade ; je pourrai supporter le voyage ! vas-y, je t'en supplie... Oh ! qu'elle est longue à revenir, mon Dieu ! Oh ! tu mens, il y a d'autres voitures, va chez Gadou, il y a des voitures. Pauvre Henry, oh ! mon Dieu... Si je l'avais su, je ne l'aurais pas laissé partir hier soir. Il serait mort ici au moins. — Une minute se passe, la malade revient à elle. Elle est fatiguée et n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Les attaques continuent à garder les mêmes caractères jusqu'au 15 janvier. A partir de cette date, elles se modifient et prennent la forme qu'elles ont encore aujourd'hui (juin 1882).

15 Janvier. — L'attaque d'Emma a changé d'allures. Les prodromes sont les mêmes, mais la contracture générale a disparu. La malade, en tombant, pousse plusieurs cris vibrants. Les membres inférieurs sont contracturés dans l'extension, les pieds dans l'attitude du *varus equin*. Mais les membres supérieurs frappent le lit. La malade se soulève, décrit plusieurs arcs de cercle et les mouvements des bras continuent, accompagnés chacun d'un cri aigu. Cet état de choses dure 6 à 8 minutes, s'apaise peu à peu, puis fait place au délire qui, lui, ne se modifie pas.

Traitement des attaques : 1° *Compression de l'ovaire gauche.* — Quand la malade est dans la première période de son attaque (contracture ou mouvements convulsifs), la compression ovarienne fait cesser cette période et le délire commence. Continuez alors la compression, Emma revient à elle, reste un moment dans un état intermédiaire au sommeil et au réveil complet. Enfin, elle ne se souvient nullement de ce qui vient d'avoir lieu.

Obs. V. — (Em... Bail...)

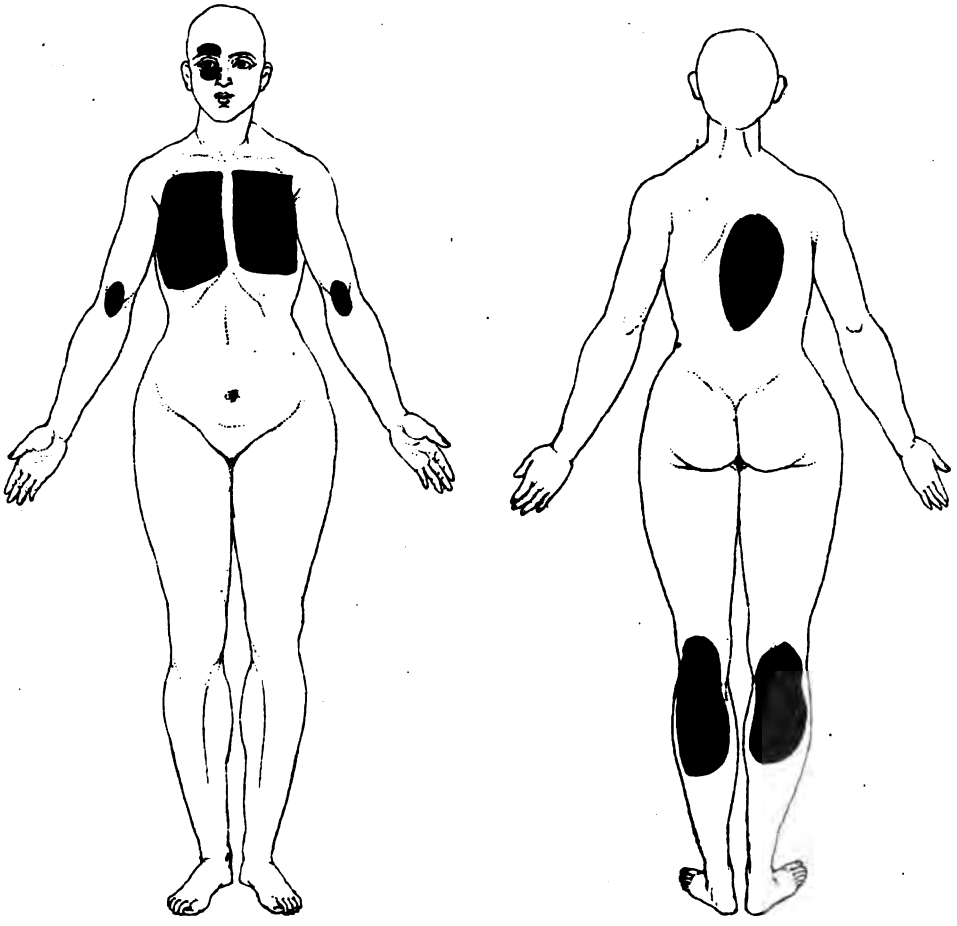


Fig. 6.

Zones hystérogènes.

2° *Compression des globes oculaires.* — La compression des globes oculaires ou d'un seul de ces globes produit les phénomènes suivants : Pendant la période du début, elle amène toujours la cessation presque immédiate (une à deux minutes) de cette période et lui substitue le délire. Si, pendant le délire, on renouvelle cette manœuvre, le délire s'arrête et reprend où il a cessé, dès que la compression cesse elle-même. Pour réveiller la malade, il suffit alors de comprimer l'ovaire, ou de souffler sur un œil dont on a écarté les paupières. Ainsi donc, si la malade est au début de son attaque, on ne peut pas supprimer d'un coup la crise tout entière. Il faut substituer la deuxième période à la première, puis faire disparaître à son tour cette deuxième période.

Catalepsie provoquée. — On l'obtient par : 1° la compression des yeux; 2° la fixation d'un objet brillant. Quelle que soit la méthode employée, les yeux d'Emma, au bout de quelques secondes s'humidifient; il y a quelques oscillations pupillaires. La respiration devient plus large. Il se fait quelques secousses épileptoïdes. Puis les yeux se ferment brusquement. Léger tremblement des paupières. Respiration calme. Pouls régulier. Les membres supérieurs gardent les positions qu'on leur donne. Il y a cependant quelques hésitations, les membres oscillent un peu avant de prendre une position fixe. Les membres inférieurs, tantôt sont rigides, contracturés, tantôt peuvent être cataleptisés. La chose est irrégulière, nous ne savons à quelle règle elle obéit.

On peut provoquer toutes sortes d'*hallucinations.* Elles n'amènent aucune complication, s'il s'agit d'animaux ou d'objets indifférents (rats, chiens, oiseaux); mais que l'on fasse voir à la malade un serpent, un loup, qu'on lui rappelle un souvenir douloureux de sa vie, immédiatement l'attaque éclate, et, pour l'arrêter, il faut en venir à un des moyens que nous avons énoncés.

Zones hystérogènes. —'Elles se trouvent (*fig 6*) :

1° Aux régions mammaires et péri-mammaires droite et gauche et s'étendent, en comprenant la glande du troisième, au septième espace intercostal. Ces zones partent du bord sternal de chaque côté et s'étendent jusqu'au creux axillaire;

2° Aux régions sus et sous-orbitaires droites. Elles occupent le territoire desservi par les nerfs de ce nom;

3° Au pli du coude gauche;

4° Au pli du coude droit;

5° Aux creux poplités droit et gauche. Ces zones s'étendent de l'in-

sertion supérieure des jumeaux à la partie inférieure du ventre de ces muscles;

6° A la région vertébrale de la première à la huitième dorsale, dépassant de 2 centimètres à droite et à gauche les apophyses épineuses;

Action des zones hystérogènes. — *a.* — Toutes ces zones peuvent, excitées, déterminer l'attaque. — *b.* — Aucune d'elles n'est frénatrice. — *c.* — La compression ovarienne ne peut les dominer.

Observation VI

Antécédents : Père épileptique. — Mère emportée. — Sœur jumelle hystérique. — A trois ans, perte de connaissance à l'occasion d'une peur. — Règles à douze ans. — A seize ans, tentative de viol. Attaques consécutives avec convulsions, qui depuis n'ont pas cessé.

Etat actuel (1882). Constitution scrofuleuse. — Intelligence médiocre. — Menstruation régulière. — Hémanesthésie gauche. — Fonctions diverses. — Attaques. Phases épileptoïde, clonique, passionnelle. — Moyens d'arrêt. — Zones hystérogènes.

El... von G... domestique, née à Berne (Suisse) et âgée de vingt-six ans, est entrée le 30 mars 1882, à l'hôpital Saint-André, salle 7, n° 11, (service de M. Pitres).

Antécédents héréditaires. — *Père* épileptique; mort à cinquante-huit ans des suites d'une fracture du bras. *Mère*, vit encore. Caractère vif, emporté, n'a jamais eu d'attaques.

Onze enfants : dont six garçons n'ayant rien présenté qui mérite de nous arrêter. La fille aînée est nerveuse, agitée, sujette à des attaques convulsives avec pertes de connaissance. Elle eut à dix-huit ans des crises qui se caractérisaient par un mutisme absolu, de durée variable, mais que l'on a vu persister pendant quinze jours. Ces crises se montrent encore aujourd'hui. La cadette a été enlevée à vingt ans par une affection de poitrine. Les deux dernières sont jumelles. Notre malade parut la dernière, mais, comme elle, sa sœur est sujette à des accidents nerveux. « Elle tombe, perd connaissance, se tord, et crie. »

Antécédents personnels. — El... a été allaitée par une nourrice. Sa première enfance s'est passée sans incidents. A *trois ans*, à l'occasion d'une peur que lui fait un domestique, la petite malade tombe sans connaissance, a des *convulsions* auxquelles succède une « *rigidité* » qui,

à ce qu'elle rapporte, n'a pas duré moins de trois heures. Cette crise ne se renouvela pas, mais El... est restée très peureuse. Elle avait parfois un *hoquet* qu'elle ne pouvait arrêter, qui persistait toute la journée.

A quatre ans, fièvre typhoïde diagnostiquée par un médecin. A cinq ans, varioloïde. Réglée à douze ans. La menstruation a été douloureuse, précédée par deux jours de douleurs lombaires et en ceinture vives. Elle n'était pas accompagnée d'attaques. Mais le caractère était plus irritable, El... avait des envies continuelles de pleurer. A douze ans, El... partit pour Munich. Elle y allait achever son instruction. Elle resta quatre ans dans une pension, mais n'y profita guère de son séjour. Taquine, méchante, elle était constamment punie. Elle passait, dit-elle, des journées entières dans un grenier. Exaspérée par cette punition, elle y avait, à ce qu'elle rapporte, de « petites attaques. » Celles-ci préludaient par un malaise général, des envies de pleurer ; l'aura ovarienne était nette : une boule, partant du flanc gauche, montait à l'estomac et de là au cou où elle l'étranglait. Ces attaques se montraient surtout les jours de punition. La menstruation était régulière.

Au bout de quatre ans, El... quitta la pension, son intelligence s'était affaiblie. Elle entra dans un hôtel comme cuisinière et y resta deux ans. Là se passa un incident qui mérite d'être rapporté à cause de la place qu'il occupe dans le délire. Deux voyageurs Allemands firent monter El... dans leur chambre. Ils étaient en chemise. Après avoir vainement tenté d'obtenir de la malade ce qu'ils désiraient, ils la jetèrent sur un lit, et, pour étouffer ses cris, lui placèrent un édredon sur la tête. El... parvenant à s'échapper, courut à la fenêtre, menaçant de se précipiter si on ne lui ouvrait la porte. On la laissa s'en aller. La scène fut bientôt sue, et lorsqu'on chercha El..., on la trouva dans son lit « raide comme un bâton. » Elle mit quatre jours à se remettre de ces émotions. Elle avait alors dix-huit ans (1874). Quinze jours après, El... quitta l'hôtel, mais elle avait constamment des attaques. Les prodromes étaient courts : elle avait juste le temps de choisir la place où tomber. Les crises se composaient d'une phase épileptoïde de longue durée à laquelle faisait suite une période clonique. Dans ces attaques, les hallucinations consistaient dans la scène de tentative de viol.

De retour à Berne (1877), El... fut fiancée, malgré son état. Une liaison qu'elle surprit, fit rompre le mariage, malgré l'insistance de ses parents et de son fiancé, homme violent, qui la menaça de la tuer et

même leva sur elle un couteau. Depuis, dit-elle, son état a été celui d'aujourd'hui. Elle cherchait à travailler, mais, quoi qu'elle fit, elle était renvoyée, tant étaient fréquentes ses attaques. Celles-ci paraissaient tous les jours. Elles débutaient par un agacement général, « une envie de briser. » Le sein gauche devenait douloureux, et parfois bras droit. L'aura ovarienne débutait : la boule partait du flanc gauche, montait à l'estomac, y amenait des langueurs; de là, allait au cœur (palpitations), et enfin au larynx. Les crises étaient, au rapport d'une amie, *convulsives*. El... se débattait, criait, n'ayant aucune conscience de ce qui se passait. Rarement les crises étaient uniques. Elle demanda à entrer à l'hôpital Saint-André, et fut admise dans le service de M. Pitres, le 30 mars 1882.

Étude de la malade dans le service.

El... von G... est de petite taille, blonde et mal faite. La physionomie est bouffie, d'apparence strumeuse. Nous ne trouvons pas de ganglions engorgés, ni de cicatrices scrofuleuses. L'intelligence est très étroite. Bien qu'elle soit depuis longtemps en France, El... sait à peine parler notre langue; les mots lui manquent constamment. Elle ne sait lire et écrire que le bas allemand. Le caractère est inégal, capricieux. Elle se laisse aller aux entraînements; on ne peut rien obtenir d'elle, si l'on n'a pris une certaine autorité. Elle aime beaucoup les couleurs voyantes, et se fait porter, pour de petits ouvrages, des laines de coloration vive.

La menstruation est régulière. Les règles paraissent tous les mois, sont assez pâles, ne durent que deux à trois jours. La malade est, à cette periode, plus agacée que de coutume; les attaques sont plus fréquentes. Par trois fois, nous avons noté alors un nombre d'attaques presque aussi grand que la somme de celles qui se produisent pendant le reste du mois. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Sensibilité générale. — Hémianesthésie gauche s'arrêtant, à la face, à la ligne médiane, mais dépassant, au tronc, de 1 centimètre cette ligne. A la partie postérieure du tronc, l'anesthésie s'arrête à la ligne médiane.

Sensibilité spéciale et organes des sens. — Yeux. — Insensibilité palpébrale et sclérotidienne à gauche. Réflexes palpébraux presque abolis

à gauche, très nets à droite. Pas de différence dans les pupilles, dont la contraction se fait bien. Vue très faible à gauche (10 centimètres); à droite, la vision est nette à 35 centimètres. Des caractères allemands un peu gros sont distingués à 1m50. Le violet n'est pas reconnu; le vert, le jaune, le rouge, le bleu sont bien vus.

Odorat. — Muqueuse nasale sensible à droite; anesthésique à gauche. L'acide acétique, l'éther, le chloroforme, l'ammoniaque ne sont pas perçus à gauche.

Goût. — La langue et les muqueuses buccales sont insensibles à gauche, et ne peuvent, de ce côté, reconnaître l'acide acétique, le sel et le poivre.

Ouïe. — Insensibilité gauche de la muqueuse auditive. Le diapason n'est entendu à gauche qu'à condition de l'appliquer contre l'oreille. A droite, les sons sont perçus à 20 centimètres.

Sens génital. — La muqueuse vulvaire est insensible à gauche. Sensibilité bien conservée à droite. Pas d'hypersécrétion vaginale.

Fonctions diverses. — Digestives. — En dehors de ses langueurs d'estomac, El... est constamment sujette à des nausées, à des vomissements. Ceux-ci se produisent en dehors de l'attaque. L'appétit n'est pas grand; El... ne mange qu'à condition d'avoir beaucoup d'épices, dont elle fait provision. Les garde-robes sont bonnes et régulières.

Les *voies circulatoires*, *respiratoires*, *urinaires* sont saines, ainsi que le *foie* et la *rate*.

Attaques. — Elles se produisent journellement, souvent deux fois par jour. La crise est rarement isolée. Généralement, l'état de mal ne se termine qu'après deux attaques.

Prodromes. — El... sent venir ses attaques une, deux et souvent trois heures avant qu'elles n'éclatent. C'est d'abord un agacement général. On la voit se promener dans la salle, cherchant à s'occuper. Parfois elle éprouve quelques *secousses*. Cette agitation dure près d'une heure. Les langueurs d'estomac commencent, s'accentuant de plus en plus. Elles sont quelquefois accompagnées de nausées.

Aura hystérogène. — La douleur du sein gauche se montre constrictive, profonde, sans irradiations; le creux poplité gauche devient à son tour douloureux. Rarement les mêmes symptômes se montrent au bras droit.

Aura ovarienne. — Une fois le creux poplité pris, la boule ne tarde pas à monter (El... se met au lit). Elle arrive à l'estomac (les langueurs augmentent, la force musculaire diminue), monte au cœur (pal-

pitations), au larynx (strangulation). Suivent des battements violents de l'artère temporale gauche; des sifflements d'oreille, surtout à gauche. El... perd connaissance.

Phase épileptoïde. — La malade est étendue sur le dos, les membres contracturés, les mains fermées, les pouces infléchis, les jambes dans l'extension, les orteils fléchis, la tête tournée à gauche, les yeux convulsés en haut et en dedans. Il n'y a pas d'écume aux lèvres (1 minute).

Phase clonique. — Tout d'un coup, la malade se jette à gauche, puis à droite, semblant vouloir échapper à une étreinte, et pousse un cri aigu, prolongé. La respiration est anxieuse, le pouls irrégulier. Ces mouvements se répètent deux à trois fois, toujours semblables (3 minutes).

Phase des attitudes passionnelles. — Trente secondes environ la séparent de la précédente. La malade regarde fixement devant elle. « Non, non. » Elle fait le geste de se débarrasser de quelqu'un qui lui tiendrait le bras. « Non, non, laissez-moi; je vais crier. » La physionomie prend l'expression du désespoir et de la fureur. Parfois, à cette période, l'attaque recommence. Dans ce cas, la phase épileptoïde fait défaut.

Hallucinations de l'attaque. — Elles commencent à la phase clonique. Si l'on prend soin d'arrêter l'attaque à la fin de la période épileptoïde, la malade déclare n'avoir rien vu. Les hallucinations portent sur la scène du viol. El... revoit les voyageurs; elle se sent saisie, jetée sur un lit. On lui place sur la tête un édredon qu'elle parvient à déchirer. Enfin, à force de cris, de secousses, on l'abandonne. Ces hallucinations occupent la période clonique. Dans la phase suivante, celles des attitudes passionnelles. Él... voit son fiancé. Celui-ci veut se marier et lui persuade qu'il ne l'a pas trahie. Non, non, répond la malade. Laissez-moi. Je vous ai surpris, non... Lorsque le fiancé tire son couteau, la crise recommence, mais cela n'arrive pas toujours.

Moyens d'arrêt des attaques. — Ces moyens consistent en : 1° la compression de l'ovaire gauche; 2° la compression d'un des globes oculaires.

De ces deux moyens, le premier est le plus efficace, le plus rapide. Il agit assez vite pour arrêter l'attaque à l'une quelconque de ses périodes.

N.-B. — El... n'est pas hypnotisable. Toutes les manœuvres employées jusqu'aujourd'hui (compression des globes oculaires, fixation d'un objet brillant, regard, diapason) ne l'endorment pas. Au bout de quelques minutes, El... se montre agacée et une attaque éclate.

Obs. VI. — (El... Güt...)

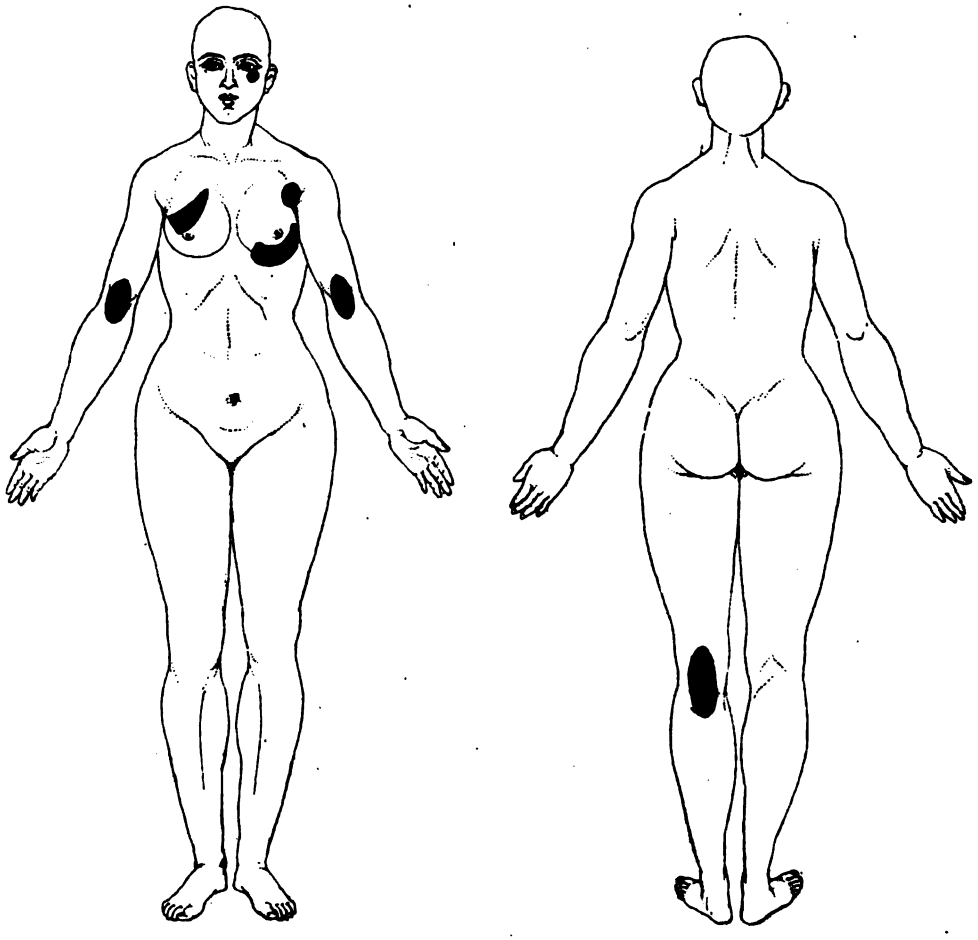


Fig. 7.

Zones hystérogènes.

Zones hystérogènes. — Elles sont nombreuses et siègent (*fig.* 7) : 1° à la région sous-mammaire gauche, dans les septième et huitième espaces intercostaux. Cette zone est large, étendue et embrasse toute la demi-circonférence inférieure du sein ;

2° A la région sus-mammaire gauche, dans le troisième espace intercostal. Cette zone a la forme d'un petit carré d'un centimètre et demi de côté ;

3° A la région sus-mammaire droite dans les quatrième et cinquième espaces intercostaux. Cette zone part de la ligne mamelonnaire, se dirige en dehors en contournant un peu la face externe du sein ;

4° Au pli du coude droit. Cette zone limitée en bas par le pli articulaire, remonte à trois travers de doigt de ce pli, de part et d'autre du tendon bicipital ;

5° Au pli du coude gauche, de chaque côté du tendon du biceps ;

6° Au creux poplité gauche, sur le trajet du nerf sciatique poplité interne ;

7° A la région sous-orbitaire gauche, au point d'émergence du nerf.

Action des zones hystérogènes. — *a.* — La compression de chacune de ces zones provoque l'attaque avec toutes ses phases.

b. — Toutes ces zones ne sont pas également excitables : elles peuvent à ce point de vue, se ranger dans l'ordre suivant : 1° zone sous-mammaire gauche ; 2° zone brachiale droite ; 3° zone poplitée ; 4° zones sus-mammaires droite et gauche ; 5° zone brachiale gauche ; 6° zone orbitaire.

c. — Aucune de ces zones n'est frénatrice.

d. — Chacune d'elles conserve son activité, malgré la compression de l'ovaire.

e. — La compression d'une zone pendant l'attaque amène le redoublement de celle-ci.

Si nous avons donné, avec des détails s'éloignant un peu de notre sujet, les observations précédentes, c'est que nous avons tenu à ce qu'aucun doute ne pût planer sur le diagnostic de l'affection. Nous desirions aussi montrer que le type clinique de l'hystérie, décrit par M. Charcot, n'est pas, comme on l'a supposé, une entité propre à la Salpé-

trière, qu'il se montre partout le même, et qu'il suffit d'un peu d'observation pour le reconnaître.

Dans ce travail, l'*hyperesthésie ovarienne* ou *ovarie* ne nous occupera pas. Les caractères de la douleur que provoque la compression de l'ovaire, ses irradiations abdominales, thoraciques et céphaliques, ont été magistralement décrits par M. Charcot. Les pages qu'il y a consacrées (1) sont devenues classiques. En outre, l'ovaire, par sa situation profonde, échappe à nos expérimentations.

CHAPITRE PREMIER

I

Les observations publiées dans l'iconographie de la Salpétrière, celles relatées à la fin de la thèse de M. Buet et dans le traité de M. P. Richer, établissent que les zones hystérogènes siègent au tronc et à la tête.

1° A la tête, la zone hystérogène occupe la ligne médiane, à partir de la réunion du frontal aux pariétaux jusqu'au sinciput, c'est le *clou hystérique*.

2° Sur le tronc, les zones hystérogènes peuvent être divisées en deux catégories, les unes occupant la partie antérieure du tronc, les autres la partie postérieure. Les premières sont thoraciques et abdominales, les deuxièmes dorsales et lombaires.

(1) Leçons sur les maladies du système nerveux, tome I, p. 324 à 327, 4e édition 1890.

Les zones thoraciques sont médianes ou latérales. Les médianes occupent la *poignée du sternum*, *l'appendice xyphoïde,* et, quelquefois déviant un peu vers les côtés, siègent dans les *troisième et quatrième espaces intercostaux*, *près du bord sternal*. Les zones latérales comprennent celles qui siègent au-dessous de l'*extrémité externe de la clavicule*, et les *zones mammaires*.

Les zones abdominales sont toutes latérales. C'est tout d'abord l'*ovaire* ou *les ovaires*, puis les *zones costales*, occupant la partie centrale des flancs, au-dessous du rebord inférieur des fausses côtes, et enfin les *zones inguinales*.

Les zones hystérogènes situées à la partie postérieure du tronc sont unilatérales, quelquefois médianes; elles siègent, de préférence, sur les *apophyses épineuses* des vertèbres cervicales et dorsales, ou dans leurs *gouttières*. Il est rare qu'on en trouve à la région lombaire.

Nos observations nous permettent d'ajouter quelques zones à cette liste déjà longue. Em... B...: (*Obs. V*) présente aux régions sus et sous-orbitaires droites, aux niveaux des points d'émergence des nerfs des mêmes noms, des zones dont l'excitation légère provoque une attaque. De plus, il est erroné de dire avec M. Richer (1) que « les zones hystérogènes occupent le tronc exclusivement. » Il résulte, au contraire de nos observations que l'existence des zones des membres est fréquente. Depuis deux ans, pas une hystérique n'a passé sous nos yeux sans nous en offrir un exemple (2).

(1) Richer. — *Loc. cit.*, p. 38.

(2) Au moment de livrer ces pages à l'impression, nous avons vu dans le service de M. Pitres, une hystérique chez laquelle l'investigation la plus attentive n'a pu faire découvrir de zone hystérogène.

Deux autres malades, actuellement aussi dans le même service ont des zones hystérogènes thoraciques, mais n'en présentent pas aux membres.

Ces zones des membres siègent presque toujours au point de réunion des différents segments ou dans leur voisinage immédiat. Au bras, elles occupent le pli du coude; aux membres inférieurs, le pli de l'aine, le creux poplité, les malléoles. Il est à remarquer qu'elles siègent ordinairement dans le sens de la flexion.

II.

Symétrie. — Les zones hystérogènes sont fréquemment symétriques.

Mor... Alb... (*Obs. I*) présente des zones sus et sous-mammaires, à droite et à gauche, dans un même point des mêmes espaces intercostaux; aux membres, elles occupent, aux plis des coudes et aux jarrets, la même situation.

Chez Emma B... (*Obs. V*), elles sont toutes symétriques.

Cette symétrie n'est pas constante. Chez Suz.. (*Obs. III*), et chez Marie (*Obs. II*), les zones n'existent qu'à gauche.

Chez d'autres malades enfin, certaines zones ont leur homologue du côté opposé, d'autres sont asymétriques. Chez Léonie P... (*Obs. IV*), celles des membres supérieurs sont symétriques, tandis qu'aux membres inférieurs, le jarret gauche seul est atteint.

III.

Forme. Étendue. Nombre. — Leur forme est très variable, ainsi que leur étendue. Leur plus grande dimension se trouve suivant certains axes qu'il est facile de préciser : aux membres, le plus grand diamètre suit le sens de

l'axe ; au tronc, pour les zones mammaires, par exemple, il est transversal et suit l'espace intercostal.

Quant à leur nombre, rien n'est moins constant. Il n'est en rapport ni avec le degré de l'affection ni avec son intensité. Chez Léonie P... (*Obs. IV*), qui est une hystérique vulgaire, elles sont plus nombreuses que chez Marie (*Obs. II*), dont l'affection est plus grave.

IV

État de la nutrition, de la chaleur et de la sensibilité au niveau des zones hystérogènes. Leur rapport avec l'anesthésie cutanée.

Au niveau des zones hystérogènes, la peau conserve sa coloration normale; aucun caractère ne la différencie des parties voisines. Elle n'est le siège d'aucun des troubles vaso-moteurs susceptibles d'en modifier la chaleur et la nutrition. La température y est égale à celle des régions qui les limitent.

Ces notions découlent des observations suivantes :

Alb... Mor... (*Obs. I*). — *Zones mammaires droites.* — *a.* — Pas de différence de coloration avec les parties voisines.

b. — Température des zones, 35° 6;
— des régions voisines, 35° 5.

c. — Pas de différence dans la sensibilité au contact, à la piqûre, au froid et au chaud.

Zones mammaires gauches. — *a.* — Elles participent à l'hémianesthésie gauche, et leur coloration est la même que celle des parties environnantes.

b. — Température : zones hystérogènes, 35° 8;
— régions voisines, 35° 8.

Zones poplitées. — *a.* — Pas de différence de coloration.

b. — Température. A droite : zone hystérogène, 34° 9;
— région voisine, 34° 9.
— A gauche : zone hystérogène, 35° 1;
— région voisine, 35°

c. — La zone poplitée gauche est sensible au milieu de tout le côté anesthésique (*V. fig. I*), mais la sensibilité y est notablement diminuée. A droite, nous n'avons noté aucune différence.

Zones brachiales. — 1° Côté droit sensible.

a. — Pas de différence de coloration.

b. — Température : zone hystérogène, 34° 5;
— région voisine, 34° 4.

c. — Pas de différence dans la sensibilité.

2° Côté gauche anesthésique.

a. — Pas de différence de coloration.

b. — Température : zone hystérogène, 35° 5;
— région voisine, 35° 4.

c. — Insensibilité absolue de la zone.

Mar... Mor... (*Obs. II*). — *Zone mammaire gauche.* — *a.* — Pas de différence de coloration.

b. — Température : zone hystérogène, 35° 4;
— région voisine, 35° 5.

c. — La sensibilité est un peu moins vive au niveau de la zone que sur les parties voisines.

Zone poplitée gauche. — *a.* — Pas de différence de coloration.

b. — Température ?

c. — Sensibilité moins vive.

Il en est de même pour la zone brachiale.

El... von Gut... (*Obs. VI*). — *Zone brachiale droite* — *a.* — Pas de différence de coloration.

b. Température : zone hystérogène, 34° 8;
— région voisine, 34° 8.

c. — Pas de différence dans la sensibilité.

Zones mammaires gauches. — *a.* — Pas de différence de coloration.

b. — Température : zones hystérogènes, 34° 9;
— régions voisines, 34° 85.

c. — Insensibilité totale, comme pour tout le côté gauche.

Léonie P... (*Obs. IV*). — *Zone mammaire droite.* — *a.* — Pas de différence dans la coloration.

b. — **Température : zone hystérogène, 36° 1;**
— **région voisine, 36° 2.**
c. — **Pas de différence dans la sensibilité.**
Zone brachiale gauche. — *a.* — **Pas de différence de coloration.**
b. — **Température (?)**
c. — **Pas de différence dans la sensibilité.**

Les autres malades présentent des phénomènes tout à fait semblables. La très légère différence de température que l'on remarque entre les zones hystérogènes et les parties qui les avoisinent (1/10 de degré au plus), différence qui, du reste, n'est pas toujours dans le même sens, doit être, nous le pensons, rapportée à l'insuffisance des instruments que nous possédions.

Il est un point que nous avons relaté dans nos observations et sur lequel nous devons insister. Quel est l'état de la sensibilité au niveau des zones hystérogènes? Rien n'est plus variable. La sensibilité est chose contingente. Nous voyons, en effet, chez Alb... (*obs.I*) les zones mammaires et brachiale, du côté anesthésique, être anesthésiques elles-mêmes; et, plus bas, une zone poplitée du même côté, siéger sous une plaque sensible. Les zones droites, au contraire, sont sensibles comme le côté du corps auquel elles appartiennent.

Chez Marie (*Obs. II.*) et Suz... (*Obs. III*), le côté gauche est hypoesthésique, les zones participent à cet affaiblissement de la sensibilité.

Chez El... von Gut... (*Obs. VI*), les zones à droite sont sensibles, les zones à gauche sont insensibles comme tout le côté.

Chez Léonie P... (*Obs. IV.*) les zones gauches sont hypoesthésiques, les zones droites ont la sensibilité normale.

Chez E... B... (*Obs. V*), la peau est insensible au

niveau de toutes les zones, et toutes les fois qu'une zone hystérogène nouvelle s'installe, elle amène avec elle l'insensibilité de la peau qui la recouvre.

On le voit, rien n'est plus variable. Les zones peuvent aussi bien siéger sur le côté anesthésique que sur le côté dont la sensibilité est restée normale. En général, lorsqu'elles n'occupent qu'un côté du corps, c'est du côté anesthésique qu'elles se rencontrent. C'est toujours là qu'il faut tout d'abord porter ses recherches. (*Obs. II* et *III*).

V

Zones hystérogènes et zones douloureuses. — Il est une distinction à établir entre les *zones hystérogènes* et *les zones douloureuses*. Les premières répondent « à des régions du corps, au niveau desquelles une pression détermine l'attaque. » Leurs caractères physiques peuvent varier, mais cette condition, l'attaque, est, pour ainsi dire, vitale. La compression des zones douloureuses, au contraire ne peut, en rien, déterminer l'attaque. Deux de nos malades fournissent des exemples de ces zones douloureuses.

Chez la première, Alb... Mor... (*Obs. I*), les zones douloureuses sont au nombre de cinq. On peut voir sur la figure 2 quel étroit rapport elles ont avec les zones hystérogènes. Elles les avoisinent, les touchent, ont les mêmes caractères physiques. Leur coloration est celle des zones hystérogènes. La température, les conditions de sensibilité sont les mêmes.

Chez Marie (*Obs. II*), une zone douloureuse (*fig.* 3), est contiguë à la zone mammaire gauche. Trois autres occu-

pent le sein droit; une cinquième continue au mollet gauche la zone hystérogène; une sixième, enfin, existe entre les omoplates.

Nous avons, comme nous l'avons fait pour les zones hystérogènes, analysé ces zones douloureuses chez Marie M... (*Obs. II*).

Zones douloureuses mammaires droites.

a. — Pas de différence de coloration avec les parties saines voisines.

b. — Température : zone douloureuse 35°;

— région voisine 34° 9.

c. — Le contact, la piqûre, l'impression du froid et du chaud sont moins bien sentis à leur niveau qu'aux parties voisines.

Puisque les caractères physiques sont les mêmes que ceux des zones hystérogènes, où donc trouver leur distinction?

Un premier élément se présente dans les *caractères de la douleur*. Chez Alb... Mor... (*Obs. I*), les zones hystérogènes ne sont pas spontanément douloureuses dans l'intervalle des attaques. La douleur ne se montre que dans la période prodromique, aux zones poplitées. Les autres restent silencieuses, tant qu'une influence extérieure ne vient pas les exciter. La douleur est constrictive. « On dirait, rapporte Alb..., qu'on m'étreint fortement. » Elle est locale, profonde. « Elle se passe dans la chair. »

Mar... Mor... (*Obs. II*), souffre du point mammaire pendant l'aura. En dehors de cette phase, cette zone, ainsi que les autres, ne se révèle par aucun indice. « On dirait que j'ai le sein pris dans un étau. On tourne peu à peu la vis, jusqu'au moment où, l'étreinte étant à son maximum, l'attaque éclate. »

Em... B... (*Obs. V*) souffre constamment de ses zones; mais, au moment de l'attaque, la douleur augmente. Elle la compare à une contusion, à une mâchure; elle est assez forte pour que Em... ne puisse pas rester un moment les jambes croisées. Elle est obligée de dormir les jambes écartées, de peur d'être réveillée ou d'avoir une crise.

Chez El. von G... (*Obs. VI*), les zones hystérogènes ne sont pas spontanément douloureuses, à l'exception de celles qui siègent au creux poplité et au bras droit. La douleur ne se montre que pendant l'aura. Elle est locale, profonde. « J'ai, dans la chair, un cordon autour duquel on enroule un ruban que l'on serre de plus en plus. »

Est-il nécessaire de continuer cette analyse? Les dires des autres malades sont les mêmes. Cette douleur nous a paru caractéristique. *Cette constriction locale, profonde, nous semble appartenir exclusivement à la zone hystérogène.* Dans la zone douloureuse, rien de semblable. La douleur n'y est pas banale, sans doute. Les malades savent la distinguer de celle qu'un même agent produit dans une région voisine. Elle a des caractères *vagues* que nos hystériques ne peuvent définir. Mais après avoir comprimé une zone douloureuse, comprimez de la même façon une zone hystérogène, vous verrez la différence qu'établit la malade.

Un autre élément de distinction se trouve dans le résultat de l'excitation de la zone. C'est ici la différence capitale. Excitez une zone hystérogène, l'aura ovarienne débute. Comprimez une zone douloureuse, « vous me faites mal, dit la malade, mais vous ne me ferez pas partir. »

Nous nous étions bien mis en garde contre toute possibilité de supercherie. Néanmoins, nous avons tenu à contrôler ces résultats dans des conditions où la volonté des malades ne s'exerce pas, où la tromperie leur est impossi-

ble : dans la phase délirante, chez Alb..., pendant la catalepsie chez elle et chez Mar... Nous apprendrons plus tard que dans ces nouvelles conditions, les zones hystérogènes ne subissent pas de modification.

Le 12 février 1882, Mar... Mor... (*Obs. II*) a été cataleptisée par la compression des globes oculaires. Pendant le sommeil, on comprime les zones douloureuses mammaires droites, alors qu'un élève du service distrait son attention en lui donnant des hallucinations. Mar... dit qu'on lui fait mal, mais n'est pas autrement inquiétée. On comprime légèrement la zone mammaire gauche, l'attaque convulsive éclate. Le fait a été plusieurs fois répété.

Chez Alb..., on obtient, pendant le délire, le même résultat. Tandis que la compression de la zone hystérogène détermine une reprise de l'attaque convulsive, la compression de la zone douloureuse ne modifie en rien la phase délirante.

En résumé, la distinction entre les zones hystérogènes et les zones douloureuses ne se fonde pas sur des caractères purement physiques, mais bien sur la nature de la douleur et sur les conséquences de leur excitation.

Toutefois, les zones douloureuses peuvent se modifier et passer à l'état de zones hystérogènes. On peut lire, dans l'Observation II, le récit d'une de ces transformations. Elle a été suivie jour par jour.

VI

Zones hystérogènes pendant l'aura, l'attaque et la catalepsie. — La clinique nous a appris que, pour aussi nombreuses que soient les zones hystérogènes, elles restent pour la plupart latentes, silencieuses. Pour les recon-

naître, il faut l'investigation attentive du médecin. Quelques-unes seulement révèlent, à certains moments, leur présence, et c'est, en général, pendant la période prodromique des crises.

La douleur spontanée — nous en avons dit les caractères plus haut — qui se montre alors, tient dans les préludes de l'attaque une place si constante, dans l'hystérie grave du moins, qu'un nom spécial lui a été donné : *aura hystérogène*.

Chez Alb... (*Obs 1*), où les zones sont au nombre de dix, celles qui occupent les jarrets deviennent seules douloureuses pendant la période prodromique.

Suz... (*Obs. 3*), présente six zones. Celle du creux poplité est la seule qui se manifeste pendant cette même période prodromique. Les zones malléolaires, celles du pli du coude n'agissent que quand une vive contrariété a déterminé l'attaque.

Chez Marie (*Obs. 2*), trois zones. Cinq minutes avant le début de la période convulsive, Marie sent la partie externe du sein gauche prise dans un étau. Le cœur bat à se rompre. Elle se prend, à pleines mains, tantôt le sein, tantôt la peau de la région épigastrique et crie : Je souffre, soulagez-moi, ça serre. » L'aura ovarienne débute. Quelquefois la zone poplitée est également douloureuse.

El... von Gut... (*Obs. 6*). Sept zones. Elle ne souffre avant l'attaque que du sein gauche et du creux poplité. La douleur se montre aussi, mais rarement au bras droit.

Nos deux autres malades dérogent à la règle. Avant l'attaque, toutes leurs zones hystérogènes sont douloureuses. (*Obs. 4*, 5).

Dans les différentes périodes de la grande attaque, les zones hystérogènes conservent toute leur énergie.

20 Mars 1882. — Ce matin, à notre arrivée au service, Alb... est sur le point d'avoir une attaque. Nous la laissons arriver. Pendant la phase convulsive, on comprime la zone latéro-mammaire gauche. Les convulsions augmentent d'intensité, et cette phase qui ordinairement dure trois à quatre minutes, a une durée double. On laisse s'établir la période de délire et on comprime la zone sous-mammaire droite. Le délire cesse subitement : Alb... pousse un cri et les convulsions recommencent. Le délire s'établit une seconde fois. La compression de la zone poplitée droite ramène les convulsions. On arrête l'attaque par compression ovarienne.

23 Mars. — Alb... est cataleptisée par l'influence du regard. On comprime la zone brachiale gauche. L'attaque débute immédiatement sans cri. On l'arrête par la compresssion ovarienne. La malade se retrouve en catalepsie (obs. I); on comprime la zone sous-mammaire gauche, l'attaque reprend.

19 Février. — Marie est hypnotisée par la fixation d'un objet brillant. On comprime la zone mammaire gauche. Marie, que l'on avait assise, se rejette en arrière, le corps se raidit, les convulsions recommencent.

21 Février. — Léonie P... a eu une crise de pleurs qu'une malade a calmée par la compression des globes oculaires. Nous la trouvons en catalepsie. M. Pitres comprime la zone poplitée gauche. L'état cataleptoïde cesse subitement et les *sanglots secs*, caractéristiques de l'attaque, reprennent.

Nous ne voulons pas prolonger cette exposition. El... (*Obs. 6*), Emma (*Obs. 5*), Suz... (*Obs. 3*), nous ont présenté les mêmes phénomènes.

En résumé :

1° *Les zones hystérogènes peuvent siéger à la tête, au tronc* (*Bourneville*, *Buet*, *Richer*) *et aux membres.*

2° *Elles sont fréquemment, mais non constamment symétriques.*

3° *Leur forme est variable, ainsi que leur étendue. Leur nombre n'a aucun rapport avec le degré de l'affection.*

4° *Leur température est la même que celle des régions voisines.*

5° *L'état de la sensibilité à leur niveau n'est pas constant. Chez une même malade, on rencontre des zones anesthésiques et d'autres qui sont sensibles.*

6° *Elles n'ont pas de rapport fixe avec l'hémianesthésie. Toutefois, quand elles sont unilatérales, elles siègent de préférence, du même côté que l'hémianesthésie.*

7° *La douleur spontanée à leur niveau présente des caractères constants chez toutes les malades; elle est constrictive, locale, profonde. Elle se montre surtout pendant les prodromes des crises (aura hystérogène), quelques zones seulement en sont le siège.*

8° *Quelques malades, en même temps, que des zones hystérogènes, présentent des zones douloureuses. Celles-ci n'ont pas de caractère physique propre. Leur douleur est vague. Elles sont impuissantes à provoquer l'attaque. Elles peuvent se transformer et devenir hystérogènes.*

9° *Les zones hystérogènes conservent, pendant l'attaque et la catalepsie, toute leur efficacité.*

CHAPITRE II

I. — Apparition et disparition spontanée des zones hystérogènes

Nous avons vu (*Obs. II*) la transformation possible d'une zone douloureuse en zone hystérogène. Y-a-t-il là une succession forcée, une série dont un échelon ne peut-

être franchi? Nous ne le pensons pas. Une zone hystérogène peut naître spontanément, sans zone douloureuse préalable. Elle peut paraître du jour au lendemain, d'un moment à l'autre, sans aucun signe indicateur de sa venue. La disparition peut être aussi rapide, aussi inattendue.

Observation VII.

Rib... Elisabeth (28 ans), hystéro-épileptique, entre dans le service de M. Pitres, le 13 avril 1881.

Hemi-anesthésie gauche, achromatopsie du même côté.

Attaques. — Les prodromes sont très courts. Elisabeth, un instant auparavant tranquille, abandonne subitement son travail et se couche. On l'entend se plaindre. Ce sont des douleurs qui partent de l'ovaire gauche, s'irradient vers l'estomac, montent derrière le sternum, et, en s'accentuant, arrivent à la gorge. Les plaintes deviennent plus fortes. Elisabeth pousse un cri, aigu, strident, et l'attaque débute (une ou deux minutes au plus). Tous les membres sont contracturés, le pouce fléchi et dans l'adduction sont cachés sous les autres doigts également fléchis. La tête est généralement tournée à gauche; le cou contracturé. Elisabeth peut être soulevée tout d'une pièce. Elle bave, l'écume est parfois sanguinolente. Les yeux sont luxés en haut et en dehors. Cette phase épileptoïde ne dure guère plus de deux minutes. Elle est suivie de convulsions cloniques (2 minutes). Ces convulsions cessent. La période de contracture revient et la malade reprend connaissance après une forte secousse. La scène n'a pas dépassé quatre à cinq minutes.

Zones hystérogènes, — A son entrée à l'hôpital, Elisabeth présente de l'hypéresthésie ovarienne gauche. La compression même légère de cette zone détermine une attaque qu'arrête une compression plus énergique.

1er Juillet 1881. — Administration à l'intérieur du chlorure d'or.

3. — L'hémi-anesthésie gauche disparaît pour faire place à l'insensibilité du côté droit. Néanmoins, la zone ovarienne excitatrice et frénatrice persiste à gauche. Il n'y a pas d'autres points hystérogènes. — *4.* — Ce matin, dans une attaque, la malade est tombée de son lit, on constate à onze heures l'existence d'une zone rachidienne excitatrice et

frénatrice. Elle occupe les 6e 7e et 8e vertèbres dorsales. La zone ovarienne persiste à gauche. — *21*. — La zone ovarienne n'est plus retrouvée. La zone rachidienne est seule active. — *28*. — La zone rachidienne a disparu. La compression est absolument inefficace. L'hémi-anesthésie gauche est revenue, à la suite de la cessation du chlorure d'or. Elisabeth se plaint d'une douleur sous-mammaire. M. Pitres comprime ce point et provoque l'attaque. Une compression plus forte l'arrête. Cette zone hystérogène est hypéresthésiée. L'exagération de la sensibilité s'étend à une surface de 10 centimètres carrés au-dessous du mamelon. — *29*. — A huit heures du soir, M. Dumont, interne du service, est appelé auprès d'Elisabeth. Il la trouve en pleine période épileptoïde. Il comprime en vain les ovaires et la zone sous-mammaire. Il vient à se rappeler que, depuis trois heures de l'après-midi, la malade présente une zone spinale, occupant la 4e et la 5e vertèbres dorsales. Il comprime en ce point et arrête subitement l'attaque. — *30*. — La zone sous-mammaire n'existe plus. On ne trouve aucun point capable de donner une attaque.

29 Août (note de M. Pitres). — Elisabeth est très fatiguée depuis quelques jours. Elle a eu hier soir une période de vive agitation et s'est querellée avec la sœur et plusieurs malades. Elle a ce matin plusieurs points hystérogènes : 1° un point spinal situé à la partie supérieure de la région lombaire ; 2° un point bilatéral, à l'extrémité supérieure du thorax, dans les régions axillaires ; 3° deux points situés à la partie inférieure des tendons d'Achille.

La compression de l'un quelconque de ces points provoque une attaque de catalepsie (cri et état cataleptique, sans convulsions).

La compression plus énergique de l'un quelconque de ces points arrête l'attaque.

La malade quitte l'hôpital quelques jours après.

Cette observation, bien qu'écourtée, suffit à montrer l'instabilité des zones hystérogènes, la facilité avec laquelle, sans cause appréciable, elles disparaissent et se renouvellent. Une de ces zones succède à une chute, c'est un mode de formation assez fréquent, mais alors de durée éphémère. Quelques jours de repos suffisent pour les effacer.

II. — Modifications dans l'action des zones hystérogènes

Les zones hystérogènes, nous venons de le voir, disparaissent parfois spontanément, mais il est des conditions indéterminées dans lesquelles ces zones, sans s'effacer, modifient leur action. Suz... Bern... va nous servir d'exemple. Chez cette malade, à son entrée à l'hôpital, les zones étaient simplement excito-motrices. Elles n'étaient pas frénatrices. De plus, la compression de chacune d'elles provoquait l'attaque tout entière : celle-ci évoluait avec toutes ses phases. Aujourd'hui, il n'en est plus de même. Les zones sont excito-motrices et frénatrices. De plus, leur excitabilité a des degrés, de telle sorte que telle ou telle phase de l'attaque peut être provoquée suivant l'énergie de la compression.

Voici l'observation :

Suz... Bern... (30 avril) va quitter l'hôpital. M. Pitres l'a mise à la porte. On constate que ses zones sont toujours unilatérales, qu'elles sont toutes excito-motrices, qu'aucune d'elles n'est frénatrice; leur compression provoque une attaque qui évolue complètement en passant par ses trois phases : épileptoïde, convulsive, cataleptique.

17 Mai. — Les zones hystérogènes se sont modifiées. M. Pitres comprime légèrement la zone brachiale gauche. Suz... sent une boule partir du flanc gauche, monter lentement vers l'épigastre. Là elle s'arrête. Mais quelque chose qu'elle ne peut définir, continue à monter sans donner de palpitations, ni de langueurs d'estomac, arrive à la gorge sans amener de constriction, monte à la tempe, produit du vertige; les yeux roulent dans leur orbite, convergent en dedans et en bas; les paupières se ferment; une large inspiration se fait et la malade est cataleptisée.

M. Pitres accentue la pression sur la zone. On sent le cœur battre violemment, le cou se gonfle, les artères temporales donnent de fortes

pulsations, et l'attaque éclate avec ses deux phases épileptoïde et convulsive.

La pression est plus énergique : l'attaque est immédiatement arrêtée ; mais la malade ne revient pas complètement à elle. La phase convulsive ne cesse que pour faire place à la catalepsie. Pour avoir raison de celle-ci, il faut recourir soit à la compression ovarienne soit à l'insufflation dans l'œil gauche. Ces faits ont été constatés à plusieurs reprises. Tous les élèves du service ont pu les reproduire.

Les autres zones se conduisent de la même façon et présentent, dans leur action, trois phases dépendant du degré d'excitation.

Ainsi, chez Suz... du 11 mars 1882, à la fin d'avril, les zones simplement excitatrices produisent d'emblée l'attaque entière ; à partir du 12 mai, leur action se décompose et chacune des deux périodes de l'attaque est produite séparément.

III. — Zones cataleptogènes

Cette modification n'est pas la seule que nous ayons vue se produire. Nous avons vu chez une de nos malades une zone primitivement *convulsiogène* (qu'on nous pardonne le mot) changer le mode de son activité et devenir *cataleptogène*.

L'observation suivante en fait foi :

31 Avril. — Alb.. Mor.., *(Obs. II)* est toujours sujette, mais plus rarement à des attaques convulsives. Quand une crise se déclare spontanément, elle parcourt les deux périodes : épileptoïde, convulsive, et se termine par la catalepsie. L'aura hystérogène cependant est modifiée. Alb.. ne souffre plus des jarrets; elle n'y éprouve plus la constriction dont nous avons parlé. Ce sont les zones mammaires et surtout celles de gauche, autrefois silencieuses, qui sont le siège de la douleur. Quand on les comprime, on provoque une attaque convulsive.

Devant ces modifications, nous examinons les zones des membres. Elles ont la même situation, les mêmes dimensions. La sensibilité à leur niveau n'a pas varié ; celles de gauche sont anesthésiques, celles de droite sensibles. Elles ne sont le siège d'aucune douleur spontanée. Les zones poplitées que nous avons vues douloureuses pendant l'aura sont indolores pendant cette période.

Quand on comprime une des zones des membres, Alb... se plaint « de quelque chose qui lui embrouille la tête, » un voile lui passe devant les yeux ; il n'y a pas de sensation de boule, pas de langueurs d'estomac, pas de palpitations, ni de bourdonnements d'oreilles. Les pupilles se portent en haut sous la paupière, une large inspiration se fait et la malade entre en catalepsie.

Ainsi donc, chez Alb..., à la date du 31 avril, les zones mammaires sont restées hystérogènes proprement dites ou convulsiogènes ; les zones des membres sont devenues cataleptogènes.

22 Juillet. — Nous revoyons à l'instant la malade. L'état de ses zones est le même qu'au 31 avril. Le seul changement qui se soit produit chez elle porte sur la catalepsie. En effet la malade est indifféremment cataleptique les yeux fermés *(Obs. II)* ou les yeux ouverts. Nous constatons les faits suivants :

a. — La compression d'une zone quelconque des membres détermine la catalepsie les yeux fermés. (1)

b. — Lorsque la malade est cataleptique les yeux ouverts, la compression d'une zone des membres la ramène en catalepsie les yeux fermés.

c. — Les zones mammaires convulsiogènes provoquent l'attaque malgré la compression simultanée d'une zone cataleptogène.

En résumé : Sous des influences extérieures banales, ou consécutivement aux attaques, ou bien encore dans des

(1) Cela dépend du degré de la compression. Nous avons ces jours-ci constaté, à maintes reprises, qu'une pression *très légère* détermine la catalepsie les *yeux ouverts ;* qu'une pression *plus accentuée* amène la catalepsie les *yeux fermés.* Enfin, une pression *aussi énergique que possible* détermine une sorte d'inquiétude qui se traduit chez Alb., pas une ébauche de convulsions, après lesquelles la catalepsie les yeux fermés demeure.

conditions dont le déterminisme nous échappe, les zones hystérogènes peuvent se modifier :

1° *Des zones existant peuvent disparaître ; des zones nouvelles peuvent apparaître.*

2° *Une zone exclusivement excito-motrice jusque là, peut devenir, suivant le degré de la compression, excito-motrice ou frénatrice.*

3° *Une zone exclusivement motrice jusque-là peut devenir, selon le degré de la compression, cataleptogène ou excito-motrice, ou encore cataleptogène seulement.*

CHAPITRE III.

Excitation des zones hystérogènes

Les zones hystérogènes répondent-elles à tous les excitants? C'est le point que nous avons à résoudre tout d'abord.

I. — *Réfrigération.* — L'influence du froid est nulle.

Alb... Mor... *10 Février.* — La zone poplitée droite est bien délimitée. Nous nous assurons de son excitabilité à la pression la plus légère. Sur cette région circonscrite, nous laissons tomber, pendant une minute environ, de l'eau à 0°, provenant de la fusion d'un morceau de glace. La malade ressent vivement l'impression du froid, mais n'éprouve aucun malaise. La zone ne devient pas douloureuse, et la malade, l'expérience terminée, se lève et vaque à ses occupations. Nous nous étions assuré par une légère pression que le froid n'avait pas enlevé la zone.

11 Février. — Sur les zones mammaires gauches préalablement reconnues excitables, nous faisons, pendant une minute, quelques pulvérisations d'éther à l'aide de l'appareil de Richardson. Le froid est vif, mais la malade n'éprouve aucune crainte de voir arriver son attaque. On la provoque par la compression de la zone.

Ces expériences ont été maintes fois répétées; le résultat a été invariablement le même.

Mar... Mor... (*Obs. II*). — *13 Février.* — La zone mammaire gauche est, de toutes, la plus excitable. Mar... est un peu indisposée, cette après-midi, agacée, nerveuse et son état fait présager une crise. Nous laissons tomber, goutte à goutte, pendant trois minutes, de l'eau froide sur la zone; nous tenons le flacon peu élevé pour n'avoir pas à craindre l'influence du choc. Mar... nous prie de cesser, elle ne peut supporter l'eau tombant ainsi. Mais l'attaque n'est pas, pour cela, précipitée; elle n'éclate, en effet, que quatre heures après.

18 Février. — Même résultat avec l'éther pulvérisé.

Suz... Bern... (*Obs. III*). — *18 Mars.* — Sur la zone brachiale gauche, excitable à la pression, nous plaçons une petite vessie contenant de la glace, et la tenons trois minutes en place. Aucun résultat, comme nous l'avaient fait prévoir les expériences précédentes.

19 Mars. — Sur la zone sous-mammaire gauche, nous pulvérisons de l'éther, en ayant soin de ne pas aller jusqu'à l'anesthésie. Nous nous arrêtons au moment où le froid devient insupportable. Malgré la douleur ainsi provoquée, la zone reste silencieuse, l'attaque n'éclate pas.

Léo.. Parf... (*Obs. IV*). — Sur la zone brachiale gauche dont la pression amène une crise de sanglots, nous laissons couler peu à peu de l'eau très froide. La malade rit d'abord, puis trouve la chose désagréable; mais elle ne se sent pas devenir souffrante.

Même résultat, avec l'éther et la glace.

Chez Em... et El..., les résultats ont été les mêmes.

En résumé : la réfrigération modérée n'est pas un moyen d'excitation des zones, qu'elles siègent aux seins ou sur les membres.

Il n'en est pas tout à fait de même pour la *réfrigération*

poussée jusqu'à l'anesthésie, jusqu'à décoloration de la peau. Les zones mammaires et celles des membres se conduisent dans ce dernier cas de façons différentes.

19 Avril. — Alb... Mor.. possède une zone poplitée droite, sensible et excitable à la moindre pression, qui fait débuter l'aura ovarienne. La malade est couchée sur le côté, la jambe droite étendue. Sur la zone ainsi bien à découvert, nous pulvérisons de l'éther. Au bout de 20 secondes, Alb... commence à souffrir : « on dirait que vous me donnez des coups d'épingle. » La souffrance augmente. Cris. La pulvérisation n'est arrêtée que lorsque la peau a perdu sa coloration. Elle a duré 2 minutes. La malade souffre, mais elle ne craint pas d'attaque. La pression la fait éclater. La zone est peut-être un peu moins excitable; mais il est bien difficile d'apprécier des degrés.

19 Avril. — La zone du pli du coude gauche, anesthésique, est excitable à la pression. Pulvérisation d'éther jusqu'à la décoloration de la peau (75 secondes). Pas de sensation d'aura. La compression détermine aussitôt une attaque.

20 Avril. — 9 heures du matin. Sur le creux poplité gauche, excitable, nous appliquons une vessie pleine de glace, après avoir interposé un linge entre la vessie et la peau. La sensation de froid s'accentue de plus en plus et devient intolérable au bout de 15 minutes. L'attaque n'éclate pas spontanément. La pression la détermine.

11 Mai (2 heures soir). — Application d'une vessie de glace sur la zone cataleptogène du pli du coude, reconnue excitable à la pression; 2 h. 6 m., nous enlevons la vessie. La compression amène la catalepsie; 2 h. 8 m., la vessie est remise en place; 2 h. 16 m., Alb..., n'a pas de crise spontanée. La compression amène encore la catalepsie.

Mar... Mor..., 22 février (8 heures matin). — Nous pulvérisons de l'éther sur la zone poplitée gauche reconnue excitable. Après 30 secondes, le froid devient très vif. Après 2 minutes, il est intolérable et la zone se décolore. Mar... ne manifeste aucune inquiétude. La compression de la zone amène l'attaque; 4 h. soir, la manœuvre est répétée avec le même résultat; 5 heures, elle est renouvelée à la zone du pli du coude gauche. Même résultat.

Pour les zones des membres, l'effet du froid a toujours

été le même. *Jamais* l'attaque n'a éclaté spontanément. De plus, nous n'avons pas constaté de modification dans l'état de la zone. Elle est *toujours* restée excitable après comme avant l'expérience.

Il n'en est pas de même pour les zones mammaires.

Mar... Mor..., 2 mars, 9 heures du matin. La malade est calme. La zone latéro-mammaire gauche est reconnue très excitable. Pulvérisation d'éther. Au bout d'une minute, la peau commence à se décolorer. Mar... dit que « ça la serre », qu'elle souffre du jarret, qu'elle va avoir une attaque. En effet, 30 secondes après, l'attaque éclate avec son allure ordinaire. Nous l'arrêtons par compression ovarienne. Quelques instants après, attaque par compression de la zone expérimentée.

3 heures soir. Même expérience, même résultat.

3 Mars. — La glace remplace l'éther pulvérisé (9 minutes). Crise spontanée.

Alb... Mar... (4 mars, 8 heures du matin). — La malade possède une zone sous-mammaire gauche, on la comprime légèrement, la boule monte à l'épigastre, et la malade ressent une vive constriction au jarret. Nous cessons la pression, le calme se refait; 8 h. 20 m., éthérisation de la zone; 8 h.22 minutes, Alb... est inquiète; 8 h.22 minutes 30 secondes, sensation de compression de la zone; 23 minutes, même sensation dans le jarret; 23 minutes 30 secondes, début de l'aura ovarienne; la boule est à l'épigastre, langueurs d'estomac. 24 minutes, décoloration de la peau, attaque complète, arrêt par compression ovarienne; 8 h. 27 m., attaque par compression de la zone.

Suz... Bern... (13 mars, 9 heures du matin). — Pulvérisation d'éther sur la zone mammaire gauche reconnue excitable; 9 h. 4 m., décoloration de la peau; 4 h. 28 m., attaque. Arrêt par compression ovarienne ; 4 h. 25 m., attaque par compression de la zone.

Mêmes manœuvres, mêmes résultats Chez Léo..., et chez El...

En résumé :

1° *Les zones hystérogènes des membres et les zones*

des seins ne se conduisent pas de la même façon sous l'influence du froid excessif.

2° *Les premières ne sont pas mises en jeu par cet agent. Les secondes donnent, dans les mêmes conditions, spontanément lieu à des attaques.*

3° *Ni les zones des membres, ni celles des seins ne disparaissent sous l'influence du froid.*

4° *Après comme avant l'action du froid, la compression de la zone amène une attaque.*

Nous verrons plus loin la raison probable de ces variations; elle se trouve dans des différences de localisation des zones mammaires et de celles des membres.

II

Chaleur. — Nous nous contenterons, pour cet agent, de donner le résultat de nos expériences :

1° *Quelle que soit la zone excitée, qu'elle siège sur les membres ou qu'elle soit mammaire, la chaleur n'est pas une cause excito-motrice.*

2° *L'influence de la chaleur une fois passée, les zones n'ont subi aucune modification. Elles restent excitables comme devant.*

Toutefois, nous donnons ces conclusions sous toutes réserves. Il n'est pas aisé de manier la chaleur, et nous n'avons pas ici les moyens énergiques que nous avons mis en jeu pour le froid. Il nous est arrivé, une fois, pour trop de hardiesse, d'occasionner une brûlure au premier degré. Nous avons eu depuis peu de goût à recommencer la manœuvre.

III

Piqûre. — Les zones anesthésiques peuvent être impu-

nément transpercées au moyen de fortes épingles. Celles qui sont sensibles ressentent la douleur qu'éprouverait toute région saine. La zone n'est pas excitée.

Frictions. — Nous les avons faites avec des linges rudes, le plus souvent avec un morceau de flanelle. Quelques secondes suffisaient pour amener la rubéfaction et la chaleur de la région. La cuisson devenait vite insupportable, la malade nous priait de cesser; mais aucune n'a éprouvé de sensation prodromique de l'attaque.

Les frictions ont été faites huit fois sur chaque malade; elles ont porté sur les zones les plus excitables. Deux fois seulement l'attaque a éclaté pendant l'expérience. C'est qu'il est difficile d'éviter qu'à la friction ne se joigne un certain degré de pression. Pour peu que l'attention soit détournée, une pression peut être faite et l'attaque éclater. Ce mode d'expérimentation n'a donc pas grande valeur.

IV

Pression. — C'est le seul mode d'excitation auquel répondent *toutes* les zones hystérogènes. C'est à lui que nous avons eu recours pour établir leur excitabilité.

La douleur des zones à la pression est caractéristique. Chez Alb... Mar... et El..., elle est constrictive. Dès qu'on presse sur une zone, elles la sentent serrée comme dans un étau, et la boule monte. Em... se plaint d'une sorte de contusion, de mâchure. Suz... dit tantôt qu'un lien énergique l'étreint, tantôt qu'elle éprouve une sensation de broiement.

Comprimez une des zones mammaires de Léo..., elle vous dira qu'il lui semble qu'on lui a « empoigné » le sein, et qu'on le tire dans la poitrine.

A cette constriction, deux autres caractères viennent se joindre. La douleur est profonde; « elle se passe dans la chair; » elle est locale. Une seule fois, Mar..., souffrant du creux-poplité, nous dit que la douleur s'irradiait et montait vers l'ovaire.

Dès qu'une zone hystérogène est comprimée, en même temps que la douleur locale se montre, l'aura ovarienne débute. Il n'y a pas d'irradiations intermédiaires. Les deux douleurs sont simultanées, mais partent de foyers indépendants. L'aura peut se faire lentement ou rapidement, au gré de l'expérimentateur. Cela dépend du degré de pression et de l'excitabilité de la zone. Celle-ci est-elle très excitable, une pression légère suffira à « décrocher » la boule qui monte jusqu'à l'estomac. La malade commence à se plaindre de langueurs. Cette station, pour ainsi dire, est des plus fixes, celle où le séjour de la boule est le plus prolongé. Aussi est-il souvent possible de l'y faire séjourner. Il suffit de maintenir la pression initiale, sans l'exagérer. Si la pression cesse, la boule redescend. Exagérez-la, au contraire, les langueurs augmentent, la boule quitte l'estomac, va au cœur où les palpitations vont se faire sentir. Là, dans la plupart des cas (7 fois sur 8). le médecin n'est plus maître de l'aura. L'attaque éclate infailliblement s'il n'intervient par un des moyens d'arrêt qui lui sont connus.

Ces phénomènes ont été maintes fois analysés chez chacune de nos malades, surtout chez Alb... et Mar..., qui savaient nous rendre compte de leurs sensations et de la part desquelles nous n'avions pas à craindre de supercherie.

Mais si on peut suivre la marche de l'aura sous l'influence d'une pression légère, il n'en est pas de même lorsque la compression de la zone est brusque et énergi-

que. La malade pousse un cri, l'attaque éclate et à son réveil, elle ne se rappelle même pas la cause qui l'a fait naître.

V

Siège anatomique des zones hystérogènes. — Il est temps maintenant de chercher expérimentalement dans quel tissu siège la zone hystérogène.

La zone est-elle *dermique?* Nous savons qu'à son niveau, la peau ne subit aucune modification; la couleur, la température, la sensibilité y sont les mêmes qu'aux régions voisines. Le froid, la chaleur, les frictions ne peuvent l'exciter. N'y a-t-il pas là des motifs suffisants pour croire que son siège n'est pas superficiel, puisque des excitations qui atteignent le derme, à l'exclusion des tissus sous-jacents, ne peuvent agir sur elle.

Cette supposition trouve un point d'appui dans le fait suivant: quelle que soit l'excitabilité des zones hystérogènes, le pincement même très énergique d'un pli de la peau à leur niveau, sa malaxation, ne peuvent amener l'attaque. La douleur n'existe pas, si la zone se trouve sur le côté anesthésique; elle n'est que banale si elle siège sur le côté normal. Et cependant, après ce pincement, cette malaxation de la peau, la moindre pression de la zone, fait naître l'aura.

Ces faits ont été constatés à plusieurs reprises chez toutes nos malades. Pas une zone n'a été reconnue sans que ce point n'ait été controlé.

La zone siège-t-elle dans le *muscle?* La myosalgie, entrevue par Sydenham, reprise par Andral dans ses leçons, en 1842, et à laquelle M. Henrot, sous l'inspiration de Gendrin, a consacré sa thèse inaugurale, en 1847,

la myosalgie a été surtout défendue par Briquet. Pour ce clinicien, l'ovaralgie n'était qu'une myodynie de l'extrémité du muscle oblique.

A l'article myosalgie, p. 208, on lit : « En pressant modérément, avec le bout de l'index, le muscle sur le trajet duquel siège la douleur, en ayant grand soin de ne pas agir sur les parties plus profondément situées, on fait naître de la douleur si elle n'était pas sentie auparavant ; ou bien on l'exaspère, si elle existait déjà... La douleur ainsi produite est très vive et fait faire des contorsions à la malade, ou lui fait jeter des cris, et, quelquefois même, provoque une attaque hystérique convulsive avec perte complète de connaissance. »

Il s'agit bien là d'une zone hystérogène, et M. Briquet lui donne pour siège le muscle sous-jacent.

Nos recherches ont porté sur les zones des membres. Elles présentent, en effet, pour les manœuvres, une plus grande commodité que celles qui siègent au tronc.

Alb... Mor... 22 février, 9 h. du matin. — Les zones poplitées sont très excitables. Elles partent de l'insertion des jumeaux et descendent jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du pli articulaire. Nous faisons placer les jambes dans la demi-flexion. La masse des muscles du jarret relachés est prise à pleine main, légèrement soulevée et fortement comprimée. Alb... souffre assurément, mais non de la douleur caractéristique que donnait la compression. Elle n'a pas la sensation de boule, et ne craint pas une attaque.

On ne peut saisir l'extrémité supérieure des jumeaux, à cause de leur situation profonde ; mais nous pinçons les tendons des demi-membraneux et demi-tendineux. La malade n'accuse aucune sensation d'aura.

4 h. soir. — Nous continuons sur les zones brachiales la même série d'épreuves, après avoir, comme toujours, bien soin de constater préalablement leur excitabilité à la pression. Elles siègent au niveau du pli du coude : à gauche, en dedans du tendon bicipital ; à droite,

de part et d'autre de ce tendon. L'insertion inférieure du biceps est donc le seul point qui puisse être incriminé. Le bras mis dans la demi-flexion, le tendon est soulevé entre le pouce et l'index et fortement comprimé. Alb... souffre, à droite, de cette manœuvre qu'elle ne sent pas à gauche. Pas de sensation d'aura ovarienne.

Nous avons répété ces expériences à maintes reprises, dans l'état de veille et dans le sommeil cataleptique, pendant lequel les zones conservent toute leur efficacité. Elles ont été fréquemment contrôlées par M. Pitres qui, le premier, en a eu l'idée. Le résultat, en a toujours été le même.

Mais ces manœuvres ne nous permettaient d'atteindre que les muscles superficiels. Les muscles de la couche profonde pourraient être incriminés par ceux qui, partisans fidèles de M. Briquet, croient encore à la myosalgie.

Nous avons eu recours à la faradisation des muscles profonds.

23 Février. — Les zones poplitées reconnues excitables à la pression, nous électrisons les jumeaux et la masse des muscles du jarret. Tous ces muscles se contractent énergiquement, et nous obtenons la flexion forcée de la jambe. La malade n'accuse d'autre douleur que celle qui résulte de la faradisation. Après la manœuvre, elle se remet à faire de la charpie, sans préoccupation aucune.

24 Février. — Les zones du pli de coude gauche, anesthésiques, reconnues excitables, nous électrisons successivement la partie inférieure du biceps, le brachial antérieur, le rond pronateur et la masse des muscles épitrochléens et épicondyliens. La faradisation n'atteint pas les muscles seuls, car les mouvements sous leur dépendance ne sont pas les seuls produits; toutefois, c'est le mouvement prédominant. Alb... n'éprouve ni douleur ni sensation d'attaque.

Suz... Bern..., *20 Mars.* — La zone poplitée gauche comprimée amène le début de l'aura. Nous empêchons l'attaque par compression ovarienne. La malade remise, nous mettons la jambe dans la demi-flexion : 1° la masse des muscles du mollet est comprimée et soulevée. Suz... rit de nos manœuvres et n'éprouve aucun malaise; 2° nous pin-

çons les tendons du demi-membraneux et du demi-tendineux sans plus de résultat; 3° nous électrisons avec un courant de grande intensité les muscles du mollet. Un des électrodes est placé au niveau des insertions supérieures des jumeaux. La jambe est fortement fléchie. Suz... nous prie de cesser, « ça lui fait mal, les muscles vont se rompre » ; mais elle ne craint pas d'avoir une attaque.

Nous répétons au bras gauche les mêmes épreuves pour la zone du pli du coude. Même résultat.

Ces manœuvres ont été faites le 20, 21, 25 mars; le 15, 16, 18 avril, pendant l'état de veille; le 18 et 19 avril pendant le sommeil hypnotique, toujours avec les mêmes résultats.

Léo... Parf..., *11 Avril.* — Zone brachiale gauche. Elle siège en dedans du tendon du biceps. Une légère pression montre son excitabilité. Nous pinçons le tendon bicipital. Léo... crie, déclare que « ça lui fait mal, mais que ça ne décroche pas la boule. »

Nous faradisons successivement l'extrémité inférieure du biceps, le rond pronateur, le brachial antérieur, les muscles épitrochléens et épicondyliens sans amener d'attaque.

12 Avril. — Nous comprimons la zone poplitée gauche. Léo... a une crise de *sanglots secs.* Arrêt par compression bi-oculaire. Après quelques instants de repos, nous nous assurons à nouveau de l'excitabilité de la zone. Faradisation des muscles du mollet. Un électrode est placé au niveau de la zone. L'autre, à la partie moyenne de la masse musculaire. Flexion vive de la jambe. Léo... n'a pas d'attaque. « Ça ne va pas partir. »

Nous reprenons ces manœuvres le 15. Même résultat.

Chez El... von G..., la faradisation des muscles du bras et des jambes amène le même résultat négatif.

Il y a donc tout lieu de croire que le siège anatomique des zones hystérogènes n'est pas dans les muscles sous-jacents.

Nous arrivons, par élimination, à faire siéger les zones dans le tronc nerveux sous-jacent ou dans ses ramifications. Mais, ainsi formulée, la proposition est loin de satisfaire l'esprit. Nous avons cherché à l'établir expérimentalement. Nous

nous sommes demandé ce que produirait l'excitation du tronc nerveux qui commande la zone.

Alb... Mor..., *3 Mars.* — La première expérience est faite sur le grand sciatique gauche. La compression s'exerce, énergique, au niveau de son émergence du bassin. Elle amène l'attaque aussi rapidement que si elle avait été pratiquée sur la zone elle-même. Arrêt de l'attaque par compression ovarienne.

Nous laissons la malade se reposer pendant une demi-heure. Compression légère du sciatique. Alb... accuse aussitôt une sensation de constriction dans le jarret et l'aura ovarienne débute. La boule monte à l'épigastre, donne des langueurs d'estomac, arrive au cœur, amène des palpitations; puis au cou, où elle produit la strangulation, etc.

Ainsi, la compression du sciatique à son émergence du bassin, c'est-à-dire *au-dessus de la zone*, produit chez Alb... les mêmes effets que la compression de la zone elle-même. Les mêmes manœuvres ont été renouvelées les jours suivants et ont amené les mêmes phénomènes.

5 Mars. — La zone poplitée reconnue bien excitable, ainsi que le sciatique au-dessus, nous comprimons le même nerf au-dessous de la zone, nous voulons dire le tibial postérieur, à la partie postérieure de la malléole interne. La pression est énergique, Alb... n'éprouve aucune douleur au jarret, aucune sensation d'aura.

6 Mars. — La manœuvre est reprise. Même résultat.

7 Mars. — Contrôle nouveau sur le sciatique droit. Les résultats sont les mêmes.

6 Mars. — La zone brachiale reconnue excitable, nous comprimons le médian dans son trajet sous le biceps. Alb... éprouve au pli du coude une sensation d'enserrement dans un anneau. La même douleur se déclare aux jarrets et l'aura ovarienne débute. Attaque. Compression des globes oculaires. La malade revient à elle.

Nous portons la compression au fond de l'aisselle; le médian est atteint au milieu du paquet cellulo-nerveux. Alb... souffre du bras et des jarrets. L'attaque débute.

Suz... Ber... *20 Mars*, 9 heures. — Nous comprimons légèrement la zone poplitée gauche. La boule monte. Cette constatation faite, nous avons soin de cesser la pression pour ne pas faire éclater l'attaque. Dix minutes après, compression de la région sciatique au-dessus de la zone. Elle n'est pas faite au point voulu et Suz... n'éprouve aucun accident. Nous prenons mieux nos points de repère. La pression est vive et l'attaque éclate subitement—11 heures; nous reprenons l'expérience. Le sciatique est très légèrement comprimé. Suz... dit souffrir d'une constriction dans le jarret. Les malléoles où existent des zones hystérogènes lui font mal. En même temps, la boule monte. Nous accentuons la pression. L'attaque a lieu avec ses phases épileptoïde, convulsive, cataleptique. Arrêt par compression ovarienne — 11 h. 30 m., la manœuvre est répétée devant M. Pitres et les élèves du service. Mêmes résultats. Elle est reprise les jours suivants. Résultats encore les mêmes.

21 Mars. — Suz... est trés agitée, ce matin; elle sent venir une attaque. Déjà, elle souffre du point mammaire droit; l'aura ovarienne n'a pas encore débuté. Nous exerçons une pression légère sur le médian gauche au niveau de la partie moyenne du bras. L'attaque éclate. — 4 heures, la malade est tranquille. Nous reprenons la manœuvre du matin : pression légère sur le médian. Suz... souffre d'une constriction au niveau du point sous-mammaire et du pli du coude gauche. La pression est augmentée. L'aura ovarienne débute, la boule monte à l'épigastre, occasionne des langueurs d'estomac. Nous accentuons encore la pression : la boule va au cœur, et l'attaque commence. Arrêt par compression des globes oculaires. Jamais, chez Suz..., la pression, quelque énergique qu'elle ait été, n'a pu brider l'attaque. Elle n'a été qu'excitatrice, tout comme la pression de la zone elle-même.

Nous devons rappeler que chez S... les zones ont subi deux phases : pendant la première, elles n'étaient qu'excito-motrices, et nous venons de voir que la pression du tronc nerveux au-dessus de la zone produit des effets identiques. Pendant la seconde période, la pression provoquait la catalepsie, des convulsions ou l'arrêt de l'attaque, suivant l'énergie employée. Que va faire l'excitation du tronc nerveux au-dessus de la zone, dans cette période?

18 Mai, 4 heures. — Suz... a eu une attaque ce matin. Elle est calme. Nous comprimons la zone poplitée et nous nous assurons qu'elle produit tour à tour la catalepsie, les convulsions et l'arrêt de l'attaque. Suz... remise de la crise, nous pressons sur le sciatique à son émergence du bassin. La pression est légère : attaque convulsive. Nous l'augmentons : l'attaque s'arrête; mais la compression, quelque légère qu'elle soit, n'amène pas la catalepsie. L'expérience a été plusieurs fois renouvelée; les résultats ont toujours été les mêmes.

19 Mai. — La zone brachiale gauche reconnue excitable, nous comprimons le médian sous le biceps. Compression légère : catalepsie. Compression plus accentuée : attaque. Compression plus forte encore : arrêt. La manœuvre a été renouvelée, le 20, 21, 22, devant les élèves du service. Mêmes résultats.

El... von G..., 9 heures du matin. — El... est « très chargée ». Nous comprimons la zone du pli du coude gauche, et laissons évoluer l'attaque; 11 heures : El... est reposée. Nous comprimons légèrement le médian au milieu du bras. La malade éprouve une violente secousse. Le calme revenu, la pression est renouvelée : l'aura ovarienne se fait rapidement et l'attaque éclate. Nous essayons inutilement de l'arrêter par une pression plus énergique. Il nous faut avoir recours à la compression ovarienne.

15 Mai. — La zone du pli du coude droit est reconnu excitable. Pression du médian au tiers inférieur du bras : attaque avec ses phases épileptoïde, clonique, attitudes passionnelles. Arrêt par compression ovarienne.

Mêmes épreuves sur la zone poplitée gauche et le sciatique. Mêmes résultats. La compression du nerf tibial postérieur n'a jamais rien amené.

Léo... Parf..., 29 mars. — Compression de la zone poplitée gauche : crise de sanglots secs. Arrêt par compression oculaire. Léo... entre en catalepsie. Nous la réveillons en lui soufflant dans l'œil gauche. Une demi-heure après, compression du sciatique à son émergence du bassin : attaque. Une pression plus énergique ne peut l'arrêter; il faut recourir à la compression de l'ovaire gauche.

30 mars. — La zone poplitée gauche reconnue excitable, nous comprimons le nerf tibial postérieur derrière la malléole interne. Pas d'attaque. Les mêmes épreuves renouvelées depuis, ont toujours donné les mêmes résultats.

En somme, toutes nos observations sont concordantes, et toutes tendent à démontrer que lorsqu'il existe une zone hystérogène sur un membre, la compression du tronc nerveux dont les ramifications se distribuent à cette zone provoque l'attaque tout comme la compression de la zone elle-même.

Il est difficile, si non impossible, de vérifier expérimentalement l'exactitude de cette observation sur les zones thoraciques ou abdominales. On ne peut, en effet, atteindre isolément le tronc des nerfs intercostaux ou lombaires. On ne peut les comprimer sans comprimer en même temps les muscles voisins, les côtes ou les viscères. Il est même probable que les zones peuvent être *viscérales*. Cela est déjà démontré pour l'ovaire. Pendant la grossesse, M. Ferré (1) a vu l'ovaralgie se déplacer en même temps que se déplaçait l'ovaire.

La glande mammaire peut être aussi, d'après nos observations, le siège de zones hystérogènes véritablement viscérales. Nous avons pu voir plusieurs faits de ce genre. Dans ces cas, le pincement même énergique de la peau du sein ne déterminait aucun des phénomènes de l'attaque, tandis qu'au contraire la pression exercée sur la glande elle-même donnait immédiatement lieu à l'explosion des phénomènes convulsifs. Il est possible que l'action hystérogène soit là, comme dans les membres, le résultat de l'excitation des filets nerveux, mais il est impossible de le démontrer.

En résumé :

1° *Les zones hystérogènes des membres ont pour siège les irradiations nerveuses periphériques.*

(1) Ferré. Arch. de Neurologie. t. III. p. 297.

2° *La compression au dessus des zones hystérogènes des membres, des troncs nerveux qui innervent ces zones, provoque l'attaque tout comme la compression de ces zones elles-mêmes.*

3° *Les zones mammaires, comme les zones ovariennes, siègent dans la glande elle-même.*

CHAPITRE IV

DE LA DISPARITION DES ZONES HYSTÉROGENES SOUS L'INFLUENCE DES DIFFÉRENTES ACTIONS LOCALES OU GÉNÉRALES

Parmi les agents qui ont servi à nos expériences, les uns agissent localement sur chacune des zones séparément ; les autres ont une action générale et portent sur leur totalité.

I. — Anémie locale.

Nous avons employé deux méthodes : la ligature circulaire appliquée entre la zone et la racine du membre ; la bande d'Esmarch.

La ligature circulaire suspend le cours du sang veineux et de la lymphe. Elle peut, il est vrai, suspendre aussi le cours du sang artériel, mais il la faut très énergique. Dans nos expériences, nous n'avons pas atteint ce degré. Nous avons pu, dans la plupart des cas, sentir les pulsations artérielles au-dessous du point d'application.

La *compression générale* par la bande d'Esmarch faite méthodiquement, de l'extrémité du membre vers sa racine, suspend absolument le cours du sang. On ne sent plus les pulsations artérielles et le membre devient d'un blanc céreux, cadavérique.

A. — *Ligature circulaire*

Exp. 1. — Alb... Mor... (1er février). — La zone poplitée droite est, de toutes, la plus excitable; 10 h. 25 m., trois tours d'une bande de toile compriment fortement la partie inférieure de la cuisse; 10 h. 28 m., la zone est à peine sensible à la pression; 10 h. 35 m., le membre est violacé, toute action hystérogène de la zone a disparu. Les pressions les plus énergiques n'amènent aucun résultat. La pression du sciatique à son émergence du bassin, entre l'ischion et le grand trochanter détermine une attaque qu'arrête de suite la compression ovarienne. La bande est enlevée. 10 h. 38 m., la pression de la zone recommence à être douloureuse, mais il la faut énergique. Alb... dit que la douleur n'est pas encore celle qu'elle ressentait avant l'expérience; 10 h. 55 m., la pression devient de plus en plus douloureuse. La malade craint une attaque, si la compression se prolonge; 11 h. 20 m., la série des excitations qu'on a fait subir à Alb... l'a indisposée, elle souffre de l'aura et demande une attaque. Nous comprimons la zone, et elle « part ».

Exp. 2 (3 février). — Nous serrons fortement la partie inférieure de la cuisse avec un tube de caoutchouc. Dix minutes après, la zone a disparu. Le sciatique, au-dessus du lien, conserve son action hystérogène.

Exp. 3 (9 h. 12 m.). — Nous serrons modérément avec un tube de caoutchouc, la partie moyenne du bras droit; 9 h. 15 m., le pouls est faible. La zone du pli du coude a disparu. La compression du médian à la partie supérieure du bras et dans le creux axillaire amène une attaque. Le tube est enlevé; 9 h. 25 m., la zone est revenue.

Exp 4. — Mar... Mor... (13 février, 10 h 15 m.). — Nous serrons fortement la partie moyenne de la cuisse gauche avec une bande de caoutchouc. Les pulsations de l'artère poplitée sont faibles; 10 h. 17 m., la zone est encore excitable, mais sa sensibilité est bien diminuée;

10 h. 23 m., la zone a disparu. Le sciatique, à son émergence du bassin, est hystérogène. Nous enlevons le tube; 10 h. 30 m., la zone est revenue.

Exp. 5 (11 h. 5 m.). — Compression de la partie moyenne du bras gauche avec une bande de toile; 11 h. 23 m., pouls très faible. la zone du pli du coude a disparu. La pression du médian dans le creux axillaire détermine une attaque. Le tube est enlevé; 11 h. 32 m., la zone a reparu.

Exp. 6. — El... Von G... (14 avril, 10 heures matin). — La zone poplitée gauche reconnue excitable, nous serrons la partie moyenne de la cuisse avec un tube de caoutchouc; 10 h. 15 m., la zone a disparu. Le sciatique entre l'ischion et le grand trochanter est hystérogène. Le tube est enlevé; 10 h. 20 m., la zone est revenue.

Au bras droit, même manœuvre, même résultat.

Exp. 7. — Suz... Bern... (20 mars). — La zone du pli du coude est excitable. Nous serrons de deux tours d'une bande de toile la partie moyenne du bras. Pouls faible. Dix minutes après, la zone a disparu. Le médian est excitable au-dessus de la zone. La bande est enlevée. Vingt minutes après, nous constatons que la zone est revenue.

Nous ne voulons pas multiplier outre mesure ces relations d'expériences. Toutes nos malades y ont été soumises et *pas une n'a donné de résultats contradictoires.*

B. — *Bande d'Esmarch.*

Exp. 8. — Alb... Mor... (13 février, 8 h. 30 m. matin). — La zone du pli du coude gauche reconnue excitable, nous enroulons méthodiquement une bande d'Esmarch autour du membre gauche, jusqu'au tiers supérieur du bras; 8 h. 32 m, plus de pouls. Nous comprimons la zone par-dessus la bande. Albert... sent monter la boule. Calme par compression ovarienne. 8 h. 35, la zone n'est plus excitable. La bande est enlevée après application préalable du lien circulaire en caoutchouc. Le membre est complètement ischémié. La compression la plus énergique faite par M. Pitres et par nous, ne peut amener l'attaque. Le médian reste hystérogène au creux axillaire. Nous enlevons le

lien. La malade ressent des fourmillements insupportables. 8 h. 40 m, la zone commence à revenir, une pression énergique amène une légère constriction; 8 h. 45 m, la zone est revenue.

Exp. 9 (13 février, 11 heures). — Bande d'Esmarch sur le membre inférieur gauche jusqu'à sa racine; 11 h. 15 m, la zone a disparu. Le sciatique, à son émergence du bassin, conserve son excitabilité. Nous retirons la bande; 11 h. 30 m, la zone a reparu.

Exp. 10. — Léo... Parf... (27 mars, 10 heures du matin). — La malade est très chargée, elle sent une attaque imminente et souffre du jarret gauche; 10 h. 10 m, nous enroulons la bande d'Esmarch, autour du membre inférieur gauche. Immédiatement après l'application, l'attaque éclate, arrêt par compression ovarienne. La bande reste en place. Pas de pulsations à la tibiale postérieure. 10 h. 20, la zone a disparu. Application du lien circulaire. La bande est enlevée. Les pressions les plus vives ne peuvent amener une attaque. Le sciatique, à son émergence du bassin, est resté excitable. 10 h. 24 m, le lien est enlevé. Fourmillements; 10 h. 40, la zone a reparu.

Exp. 11. — Suz... Bern... (11 mai, 3 heures du soir). — La zone poplitée gauche est, selon le degré de la pression, excito-motrice (catalepsie, convulsions) et frénatrice. Il en est de même du sciatique au-dessus de la zone. Bande d'Esmarch. Plus de pulsations à la tibiale postérieure. 3 h. 3 m, la zone est encore excitable, mais à un moindre degré; 3 h. 10 m., elle a disparu. La pression la plus énergique est inefficace. Le sciatique, à son émergence du bassin, a gardé son activité. La bande est enlevée; 3 h. 25 m, la zone a reparu.

Mêmes résultats chez Marie, Elise et Emma.

En résumé :

1° La ligature circulaire qui produit la pléthore veineuse, la bande d'Esmarch, qui amène l'ischémie, font disparaître progressivement les zones hystérogènes;

2° La disparition des zones n'atteint pas le nerf situé au-dessus du territoire ischémié. Le nerf conserve toute son excitabilité;

3° La réapparition des zones est, comme leur disparition progressive. Les zones se rétablissent en même temps que la circulation.

II. — Sinapismes.

Nous avons cherché ce que fait la révulsion au niveau d'une zone hystérogène. Nous nous sommes adressé aux sinapismes et aux bains sinapisés.

Exp. 12. — Alb... Mor... (24 février, 9 h. 35). — La zone poplitée gauche, reconnue très excitable, nous y appliquons un sinapisme Rigollot; 9 h. 40 m., la rubefaction est vive, la douleur insupportable. La zone a disparu. Les pressions les plus vives ne peuvent amener une attaque. La zone symétrique droite est conservée.

9 h. 55 m., sinapismes Rigollot sur la zone brachiale gauche, anesthésique et reconnue excitable; 9 h. 58 m., la sensibilité est revenue au niveau de la zone; 9 h. 59 m., elle dépasse de 10 centimètres, en haut et en bas, le pli articulaire, et s'étend sur une même étendue de la face postérieure du bras et de l'avant-bras; pas de transfert; 10 heures, la zone a disparu. La zone symétrique droite a conservé son activité. Le médiangauche reste excitable dans toute son étendue le long du biceps et dans le creux axillaire.

Exp. 13 (25 février, 10 h. 20). — Sinapisme sur la zone du pli du coude droit, anesthésique comme tout le membre et excitable; 10 h. 30 la zone a disparu. Le médian au-dessus reste hystérogène. La zone symétrique persiste. La sensibilité revient au niveau du sinapisme et s'étend à quatre travers de doigt de chaque côté du pli articulaire; 12 heures. Réapparition de la zone. Persistance de la sensibilité. 26 février. La zone est très excitable; la sensibilité persiste encore.

Exp. 14. (27 février, 11 heures). — La zone du pli du coude est très active. La main et l'avant-bras sont plongés dans un bain sinapisé; 11 h. 15 m., sensation de cuisson dans tout le membre supérieur. Nous constatons : 1° que la sensibilité a reparu dans toutes les parties immergées; 2° que la zone du pli du coude a disparu. Il ne s'est fait aucune modification dans le membre droit. 28 février, la sensibilité persiste dans tous les mêmes points. La zone du pli du coude a reparu, mais bien moins active; elle est, à l'encontre de ce qui avait lieu hier encore, plus faible que la zone symétrique droite.

L'expérience a été faite à plusieurs reprises sur les zones mammaires avec le même résultat.

Remarquons de suite, pour ne plus y revenir, que ces expériences nous fournissent une preuve de plus de la *contingence* de la sensibilité.

Le sinapisme, œsthésiogène rapide, chez Alb..., fait promptement disparaître la zone; mais aucun lien n'uni ces deux actions, nous avons vu, en effet, (*Exp. 13* et *14*) ces zones disparaître alors que persiste la sensibilité. Nous aurons, plus loin, d'autres preuves de cette contingence.

Exp. 15. — El... von G... (19 avril, 10 h. 32 m.). — Sur le pli du coude insensible et très excitable, nous appliquons un sinapisme Rigollot; 10 h. 39 m, sans enlever le sinapisme, nous constatons que la zone ne répond plus à la pression; 10 h. 40 m, le sinapisme est enlevé; la zone a disparu. La sensibilité n'est pas revenue. Le médian est excitable au-dessus de la zone et dans le creux axillaire.

Même résultat pour les zones mammaires et des membres inférieurs.

Exp. 16. — Em... B.... — L'application d'un sinapisme Rigollot pendant cinq minutes, sur une zone hystérogène, fait disparaître les zones, mais non l'anesthésie correspondante. Dix minutes après l'enlèvement du sinapisme, on constate la réapparition de la zone.

C'est là un résultat constant. Il s'est montré, pendant le cours de nos expériences, quelques phénomènes sur lesquels nous croyons devoir appeler l'attention. Chez Mar... (*Obs. II*) et Suz... (*Obs. III*). il s'est produit une sorte d'*action alterne*, de telle sorte que si l'on appliquait un sinapisme sur une région du corps non hystérogène, mais symétrique d'une zone, cette zone disparaissait tout comme si l'application avait été faite sur elle-même. Cette disparition se faisait sans transfert, le lieu d'application du sina-

pisme ne devenant pas hystérogène. Les expériences suivantes montreront mieux que tout commentaire ce dont il s'agit.

Exp. 17 (22 février, 8 h. 40 m.). — Nous constatons l'efficacité rapide de la pression sur la zone poplitée gauche; nous appliquons un sinapisme Rigollot *sur la région symétrique droite, inexcitable à la pression*. 8 h. 43 m., vive sensation de cuisson. La zone *gauche* a disparu. Le creux poplité droit n'est pas devenu hystérogène. La compression du *sciatique gauche* amène une attaque.

Exp. 18. — Sinapisme appliqué sur *un point poplité droit.* — Disparition de la zone *poplitée gauche.* Sinapisme appliqué sur un *point* mammaire *droit.* La zone *gauche* disparaît.

Cette alternance d'action si nette chez Mar... et que M. Pitres a constatée lui-même, se retrouve aussi franche chez Suz... et Léo...

Exp. 19. — Suz... Bern..., (20 mars). — Le pli du coude droit est inexcitable. Il n'y a pas de zone hystérogène. A gauche, au contraire, la compression même légère du pli du coude fait monter la boule; 10 h. 6 m., sinapisme Rigollot *sur le pli du coude droit*; 10 h. 14 m., la zone du pli du coude *gauche* a disparu. Le médian au-dessus reste excitable. Pas de transfert de la zone à droite.

Exp. 20. — (21 mars, 2 h. 32 m.). — Sinapisme sur la région sous-mammaire *droite* non hystérogène; 2 h. 38 m., la zone mammaire *gauche* a disparu. Pas de transfert à droite.

Exp. 21. — Léon... Parf... (14 avril, 10 h. 40 m.). — Un sinapisme est appliqué sur le creux poplité *droit*, non hystérogène; 10 h. 43 m., La zone poplitée *gauche* a disparu. Pas de transfert.

Chez Léon..., outre cette action qui se montre pour les zones asymétriques, nous avons noté un fait que nos autres hystériques n'ont pas présenté. Chez cette malade, l'application d'un sinapisme au niveau d'une zone hystérogène, fait également disparaître la zone symétrique.

Exp. 22. — 13 avril (10 h. 35). — Les deux zones des plis des coudes sont très excitables. Sinapisme sur la *zone gauche*; 10 h. 35 m., les zones ont disparu *à gauche et à droite*. Il y a eu simultanéité d'action. Les médians sont restés excitables; 11 h. 37 m., les zones commencent à revenir.

En résumé :

1° *L'application d'un sinapisme sur une zone hystérogène fait disparaître cette zone* (1);

2° *Le nerf au-dessus du territoire d'application conserve son excitabilité hystérogène*;

3° *Lorsqu'une zone est unilatérale, l'application d'un sinapisme sur le point symétrique du côté sain fait disparaître cette zone. Dans ce cas, il n'y a pas de transfert de la zone*;

4° *Chez quelques malades, l'application du sinapisme sur une zone hystérogène, fait disparaître la zone symétrique.*

III. — Eau (*injections sous-cutanées*).

Au moment d'entreprendre ces expériences, voici quel était notre but. Nous nous étions demandé si diverses substances pouvaient, injectées sous la peau, amener des

(1) Il vient de se présenter à notre observation, dans le service de M. Pitres, un fait qui enlève à nos conclusions leur caractère général. Courb... (Victorine) est, le 22 juillet, en état de mal hystérique. Elle a des attaques très fréquentes, suivies parfois de vomissements de sang. Elle présente une zone hystérogène partant de la racine du sein gauche, et descendant jusqu'au rebord des fausses côtes. Tout ce côté est hyperesthésié. Sur la zone, ou plutôt sur une partie de la zone, on applique un sinapisme Rigollot. La malade n'éprouve aucune sensation de cuisson. Une heure après, il n'y a pas la moindre rubéfaction. Le sinapisme ne prend pas. La zone persiste. Nous avons tenu à signaler ce fait, bien que les conditions soient un peu différentes de celles dans lesquelles nous avons jusqu'ici expérimenté : l'état de mal, les troubles vasomoteurs qui font que le sinapisme ne prend pas, l'étendue de la zone que le Rigollot ne couvre pas entièrement.

modifications dans l'état des zones hystérogènes. L'eau, leur servant de véhicule à tous, nous devions nous rendre compte tout d'abord des effets de sa présence dans le tissu cellulaire sous-cutané. On verra pourquoi nous n'avons pas poussé plus loin notre expérimentation.

Exp. 23. — Alb... Mor... (25 avril, 10 h. 3 m.). — Injection de 1 gr. d'eau distillée dans le tissu cellulaire sous-cutané de la zone poplitée droite ; 10 h. 12 m., la zone a entièrement disparu. La pression la plus vive ne peut amener d'attaque. Le sciatique à son émergence du bassin, est hystérogène.

Exp. 24 (25 avril, 10 h. 9 m.). — Injection d'eau distillée (1 gramme) au niveau de la zone excitable du pli du coude gauche; 10 h. 19 m., la zone a disparu. Le médian reste excitable.

Exp. 25 (26 avril, 10 h. 11 m.). — Injection de 1 gramme d'eau sous le point le plus excitable de la zone poplitée gauche; 10 h. 16 m., disparition de la zone. La pression du sciatique, à la fesse, amène une attaque.

Exp. 26. — Léo... Parf... (25 avril, 3 h. 15 m.). — La zone du pli du coude gauche, reconnue excitable, injection d'eau distillée (1 gramme); 3 h. 18, la zone a disparu. La compression du médian au-dessus de la zone provoque l'attaque.

Exp. 27. — Suz... Bern... (25 avril, 4 h. 20 m.). — Injection de 1 gramme d'eau distillée au niveau de la zone poplitée gauche; 4 h. 25 m. la zone est moins active. 4 h. 28 m., nouvelle injection (50 centigrammes); 4 h. 32 m., la zone a disparu. Le sciatique reste hystérogène.

Exp. 28. — El... von G... (28 avril, 9 h.). — Injection d'un gramme d'eau au niveau de la zone poplitée gauche reconnue excitable; 9 h. 8 m., la zone est très affaiblie; 9 h. 9 m. nouvelle injection (50 centigrammes); 9 h. 10 m., la zone a disparu. Le sciatique, à son émergence du bassin, est resté excitable.

En résumé :

L'eau distillée dans le tissu cellulaire sous-cutané d'une zone fait disparaître la zone sans empêcher l'hys-

térogénie du nerf au-dessus du point où s'est exercée son action.

IV. — ÉLECTRISATION LOCALE

Nous nous sommes servi des courants interrompus (pinceau électrique) et des courants continus.

A. — *Courants faradiques*

Exp. 29. — Alb... Mor... (20 mars, 9 h. 20 m.). — Sur les zones gauches anesthésiques et excitables, nous promenons un pinceau électrique (courants faibles, charriot non gradué); 9 h. 23 m., retour de la sensibilité aux points touchés par le pinceau; 9 h. 25 m., disparition des zones; 9. 50 m., persistance de la sensibilité; les zones sont revenues.

Mêmes résultats pour les zones mammaires droites.

Exp. 30. (21 mars, 8 h. 15.). — Le pinceau électrique est promené sur la zone poplitée gauche très excitable. Le pinceau a dépassé les limites de la plaque sensible. L'anesthésie disparaît dans les points anesthésiques touchés. 8 h 23 m., la zone a disparu. Le sciatique, au-dessus de la zone, reste excitable à la pression; 9 h. 32 m., la sensibilité persiste. La zone commence à reparaître. 11 h. 35 m., la sensibilité est encore très vive. La zone est très active.

Remarquons encore ici la contingence de la sensibilité. Ses variations ne sont pas parallèles à celles de la zone hystérogène.

Exp. 31. — Mar... Mor... (mars, 9 h. 34.). — Le pinceau est promené sur la zone brachiale, excitable et hypoesthésique. 9 h. 38 m., la zone a disparu. La sensibilité est très vive. Le médian, au milieu du bras et au creux axillaire, reste excitable. 10 h. 25, la zone a reparu; la sensibilité est toujours aiguë.

Exp. 32. — Suz... Bern... (3 mai). — Faradisation au pinceau de la zone du pli du coude gauche (courant très faible). Au bout de quatre minutes, la zone a disparu. La pression la plus énergique ne peut la réveiller. Le médian reste excitable.

Exp. 33 (20 mars). — Le pinceau est promené sur la zone sous-mammaire reconnue très excitable. Le courant est supportable à la main. Au bout de cinq minutes, la région est rubéfiée. La zone a disparu. Des pressions, même très fortes, ne peuvent l'exciter.

Exp. 34. — El... von G..., 18 avril. (9 h. 20 m.). — Sur la zone du pli du coude gauche, excitable et anesthésique, nous promenons le pinceau électrique. Le courant est faible et ne peut amener des contractions de l'adducteur du pouce; 9 h. 25 m., sensibilité à la piqûre. Zone très excitable encore; 9 h. 40 m., disparition de la zone. Simple douleur banale à la pression. La compression du médian déterminerait une attaque; 11 h. 31 m., la zone est revenue; la sensibilité persiste.

Chez Léo..., les résultats ont été les mêmes. Nous n'avons pas fait l'expérience chez Em...

B. — *Courants voltaïques.*

Exp. 35. — Alb... Mor... (22 mars, 8 h. 40 m.). — Nous appliquons sur les zones mammaires droites les pôles d'un courant continu (18 éléments); le P. P. sur la zone sus-mammaire; le P. N. sur la zone sous-mammaire; 8 h. 50 m., les zones ont disparu. Celle du pôle négatif *paraît* avoir disparu la première. 9 h. 10 m., les zones n'ont pas encore reparu; 9 h. 52 m., la sus-mammaire est revenue; 10 h. 13 m., la sous-mammaire reparaît.

Exp. 36. — (22 mars, 11 h. 5 m.). — Courants continus (10 éléments) sur les zones mammaires gauches anesthésiques. Même disposition des pôles que dans l'expérience précédente; 11 h. 10 m., la sensibilité revient au point de contact et s'étend peu à peu; 11 h. 15 m., les zones ont disparu; 11 h. 40 m., les zones reviennent; la sensibilité persiste.

Exp. 37. — El... von G... (14 avril, 10 h. 20 m.). — Courants continus (12 éléments) sur la zone poplitée droite, anesthésique et excitable; 10 h. 23 m., retour de la sensibilité aux points de contact;

10 h. 35 m., disparition de la zone. Le sciatique, à son émergence du bassin, reste excitable; 10 h. 20 m., la sensibilité est un peu atténuée. Retour de la zone.

Mêmes résultats pour les zones brachiales et mammaires.

Exp. 38. — Mar... Mor... (mars, 9 h. 40 m.). — Courants continus (12 éléments) sur la zone latéro-mammaire gauche. P. P. sur la ligne axillaire; P. N. au-dessous du sein; 10 h. 10 m., zone très affaiblie; 10 h. 13 m., zone disparue.

Exp. 39. (mars). — Courants continus (12 éléments) sur la zone poplitée gauche. Cinq minutes après, elle a disparu. Le sciatique reste excitable.

Exp. 40. — Suz... Bern... (22 mars, 2 h. soir). — Electrisation (12 éléments) de la zone brachiale gauche très excitable; 2 h. 5 m., la zone a disparu. Le médian reste excitable; 3 h. 45 m., la zone commence à reparaître.

Exp. 41. — Léo... Parf... (23 avril, 9 h. 18 m.) — Electrisation (15 éléments) de la zone poplitée gauche; 9 h. 23 m., la zone a disparu. Le sciatique est excitable; 10 h. 40 m., la zone revient.

Exp. 42. — Em... B... courants continus (12 éléments) sur une zone hystérogène, pendant huit minutes. Disparition de la zone. Sensibilité ?

En résumé :

1° *L'électrisation locale (courants voltaïques ou faradiques) d'une zone hystérogène, a pour résultat d'effacer temporairement cette zone.*

2° *Elle n'atteint pas l'excitabilité hystérogène du nerf situé au-dessous de la zone*;

3° *Les courants faradiques paraissent agir plus rapidement que les courants voltaïques, et leurs effets être plus durables.*

V. — Action des métaux.

Ici, nos expériences ne sont pas nombreuses. Elles n'ont été faites que sur Alb... Mor... Les deux autres malades

hemi-anesthésiques (Emma et Elise) n'ont été sensibles à aucun des métaux que nous avons employés.

Alb... est sensible au *fer*. Il suffit de quelques minutes (3 à 10) pour qu'aux points de contact du métal, l'anesthésie disparaisse et fasse place à une sensibilité vive qui rayonne à une assez grande distance.

Exp. 43 (3 avril, matin). — Deux plaques de fer sont posées sur les zones sus et sous-mammaires gauches anesthésiques et excitables. Au bout de 5 minutes, la sensibilité est revenue sans transfert. Au bout de 10 minutes, les zones hystérogènes sont beaucoup moins excitables. Au bout de 30 minutes, elles ont complètement disparu. La zone latéro-mammaire reste excitable et cependant l'anesthésie a disparu au niveau de cette zone. Pas de modification des zones droites.

Exp. 44 (12 avril). — Deux plaques de fer sont appliquées en même temps sur les deux zones des plis des coudes droit et gauche. On les cache sous de larges bandes de toile-dieu; on trompe la malade sur l'efficacité du métal. Au bout de 10 minutes, les zones ont disparu; la sensibilité est revenue à gauche. Il n'y a pas de transfert à droite. Les médians comprimés au-dessus des zones provoquent une attaque.

Exp. 45 (13 avril, 9 h. 5 m.). — Deux plaques de fer sont appliquées en même temps sur les deux creux poplités reconnus excitables. Les deuxzones sont sensibles; 9 h. 15 m., l'excitabilité a disparu; le sciati que, à son émergence du bassin, est resté hystérogène.

En résumé :

Chez Alb... le fer, agent œsthésiogène, fait disparaître la zone hystérogène sur laquelle on l'applique. Cette action est toute locale, n'intéresse pas les zones voisines, n'atteint pas le nerf au dessus et se fait sans transfert.

Il y a-t-il rapport entre l'action œsthésiogène des métaux et leur action sur les zones? Les expériences suivantes vont nous permettre de répondre.

Exp. 46 (11 avril). — Deux plaques de cuivre (métal non œsthésiogène) sont appliquées sur les zones des plis des coudes droit et gauche, reconnues très excitables. La zone gauche est anesthésique; 10 h. 30 m., application; 10 h. 50 m., pas de modification de la sensibilité ni de l'excitabilité de la zone ; 11 h. 38 m., même situation.

Exp. 47 (13 avril, 2 h. 20 m.). — Sur les zones mammaires gauches reconnues excitables et anesthésiques, application de deux pièces d'or; 3 h. 10 m., l'anesthésie n'a pas disparu. L'excitabilité des zones est la même.

Exp. 48 (13 avril 4 h.). — Sur les zones poplitées sensibles et excitables à la pression, on applique deux pièces d'argent monnayé; 5 h. 3 m., pas de modification.

Et ainsi des autres métaux (étain, plomb, zinc, laiton, acier). Il résulte de ces faits que pour agir sur la zone hystérogène, le métal doit être œsthésiogène.

VI. — Action du bois.

Ce paragraphe est un complément de celui qui précède. Le bois agit en effet comme le fer ; il est comme lui œsthésiogène. L'action du bois n'est pas indépendante de sa qualité; chez Alb..., le *buis* est seul à agir. Le sapin, le palissandre, l'acajou, le noyer restent inefficaces. Le buis seul ramène la sensibilité et, comme corollaire de cette action, fait disparaître temporairement la zone sur laquelle on l'applique.

Exp. 49. — Alb... Mor... (8 h. 50 m.). — Sur les zones mammaires anesthésiques et très excitables, application de deux plaques de buis; 9 h. 5 m., la sensibilité est revenue au niveau de la plaque et s'étend à deux centimètres autour d'elle. La zone est encore excitable; 9 h. 8 m., la zone a disparu; 11 h. 20 m., la sensibilité persiste, atténuée. La zone a reparu.

Exp. 50 (11 avril). — Sur les zones des plis des coudes très excita-

bles, on applique deux plaques de bois; à droite du *noyer*; à gauche (côté anesthésique), du *buis*; 8 h. 20 m., à gauche (buis) la sensibilité à la piqure est revenue. Elle s'étend à deux travers de doigt en haut et en bas du pli du coude. Pas de transfert. La zone hystérogène a disparu. La compression du médian au tiers supérieur du bras est hystérogène. A droite (noyer), pas de modifications dans l'excitabilité de la zone: à 8 h. 45 m., la zone n'a pas disparu. Pas de modification de la sensibilité. *On remplace le noyer par le buis*; 9 heures, zone a disparu. Compression du médian est hystérogène.

Exp. 51. (19 avril). — Sur les zones brachiales excitables à la pression, on applique deux plaques de bois. A droite du *palissandre*, à gauche (côté anesthésique) du *buis*. A gauche, au bout de 5 minutes, inexcitabilité de la zone et retour de la sensibilité. Compression du médian, hystérogène. A droite, après 35 minutes pas de modification.

Remarque. — Les plaques de bois étaient cachées sous de larges morceaux de toilé dieu. Il était impossible à la malade de les reconnaître. De plus, nous l'avions trompée en lui disant que la plaque gauche serait inefficace.

En résumé: chez Alb.. Mor...

1° *Le fer et le buis sont œsthèsiogiènes.*

2° *Leur application sur une zone, fait disparaitre cette zone.*

3° *Tout autre métal ou bois, non œsthésiogène, n'apporte aucune modification aux zones.*

4° *Lorsqu'une zone est effacée par le fer ou le buis, le nerf au-dessus conserve ses propriétés excitatrices.*

ACTIONS GÉNÉRALES

Peu de personnes mettent en doute aujourd'hui que l'hystérie soit une affection nerveuse d'origine centrale. Guidé par cette vue, nous avons cherché, sous l'instigation de M. Pitres, quelles modifications peuvent subir les zones hystérogènes par l'excitation des centres cérébro-médullaires.

I. — Éther

Nous nous sommes enquis tout d'abord de l'état des zones hystérogènes, pendant la résolution éthérique.

Exp. 52. — Alb... Mor... (10 h. 50 m.). — Ce matin, devant M. Pitres et les élèves du service, Alb... est soumise aux inhalations d'éther. L'éther est donné à petites doses, et après deux ou trois inhalations, on soulève le tampon et on laisse se faire librement deux inspirations. 10 h. 55 m., la période d'excitation commence. Alb... rit bruyamment; le singe qui joue un grand rôle dans le délire spontané de la catalepsie (*Obs. I*) reparait. Alb... dit une série de sottises qui nous forcent à augmenter la dose d'éther. 10 h. 58 m., la parole commence à être embarrassée; 11 h. 2 m., la malade est dans la résolution complète. La respiration se fait bien; le pouls est calme, régulier. M. Pitres comprime fortement chacune des zones hystérogènes; nous le faisons après lui ainsi que plusieurs élèves. L'excitabilité de ces zones a entièrement disparu. Les pressions les plus énergiques ne dérangent pas la malade de son sommeil. Il en est de même pour les médians et les sciatiques que l'on comprime au-dessus de la zone. On cesse l'administration de l'éther; 11 h. 12 m., la période d'excitation reparaît. Chacune des zones est de nouveau comprimée; la malade retire ses membres et paraît être inquiétée. Au fur et à mesure qu'on s'eloigne de la période de résolution, cette inquiétude, à la pression des zones hystérogènes et des nerfs au-dessus. augmente. La malade revenue complètement à elle, les zones ont repris leur excitabilité, ainsi que les nerfs qui les commandent.

Exp. 53. — Mar... Mor... (4 mars, 9 h. 20 m.). — Après avoir constaté l'excitabilité vive de chacune de ses zones hystérogènes, nous soumettons Mar... aux inhalations d'éther; 9 h. 30 m., résolution complète. Aucune des zones hystérogènes ne répond aux pressions les plus fortes, non plus que les nerfs situés au-dessus d'elles; 11 h. 30 m., nous trouvons la malade réveillée. Toutes ses zones et les nerfs qui les commandent ont repris leur excitabilité.

Exp. 54. — Suz... Bern... (mars). — Suz... est endormie avec de l'éther; une fois la résolution obtenue, nous comprimons tour à tour

chacune de ses zones hystérogènes. Toutes sont inexcitables, ainsi que les nerfs médian et sciatique gauches, se rendant aux zones des membres. A son réveil, l'excitabilité reparaît.

Il est inutile de prolonger cette exposition. Léon... et Elise nous ont donné les mêmes résultats. Sur Emma, l'épreuve n'a pas été faite. Ainsi donc :

Pendant la résolution éthérique, les zones hystérogènes disparaissent et avec elles l'excitabilité des nerfs qui les commandent.

II. — Courants voltaïques médullaires.

Nous avons employé tour à tour les courants descendants et les courants ascendants.

A. — *Courants descendants.*

Exp. 55. — Alb... Mor... (20 avril). — P. P., septième vertèbre cervicale. P. N., cinquième vertèbre lombaire (18 éléments). Application, 2 h. 8 m.; les zones ont été reconnues très excitables, ainsi que les nerfs situés au-dessus d'elles; 2 h. 13 m., les zones sont affaiblies; 2 h. 18 m., l'affaiblissement est très grand. Il faut des pressions très énergiques pour amener la sensation d'aura. La sensibilité revient. Elle semble prendre une marche centrifuge. Aux membres supérieurs, elle est plus accentuée aux bras qu'aux avant-bras, et aux avant-bras qu'au poignet et à la main; 2 h. 22 m., les zones ont disparu. La douleur à la pression existe, mais l'excitabilité particulière a disparu. Les troncs nerveux (sciatiques, médians), comprimés au-dessus des zones, ne provoquent pas d'attaque; 2 h. 24 m., la sensibilité est complètement revenue. Elle est cependant un peu moins vive qu'à droite. 2 h. 50, les zones sont revenues.

Exp. 56. — Alb... Mor... (20 mars). — P. P., septième vertèbre cervicale. P. N., quatrième vertèbre lombaire (24 éléments). Au bout de 10 minutes, rubéfaction vive, surtout au pôle négatif, sensibilité

revenue. On enlève les électrodes et l'on constate : 1° que toutes les zones préalablement reconnues excitables (zones mammaires droites, poplitées droite et gauche, des plis des coudes ; les zones mammaires gauches venaient d'être modifiées par une expérience), ne l'étaient plus; que leur action hystérogène avait disparu. Les médians et les sciatiques avaient également perdu leur action hystérogène

Cette expérience a été répétée quinze fois, toujours avec les mêmes résultats.

Exp. 57. — Mar... Mor... (mars). — P. P., septième vertèbre cervicale. P. N., cinquième lombaire (18 éléments); 10 h. 16 m., application; 10 h. 35 m., les zones préalablement reconnues excitables, ont disparu. Le médian et le sciatique gauches excités, le premier à la partie supérieure du bras et dans le creux axillaire, le deuxième à son émergence du bassin, ne provoquent plus l'attaque.

Exp. 58. — Suz... Bern... (30 mars). — P. P., septième cervicale. P. N., cinquième vertèbre lombaire (15 éléments); 8 h. 52 m., application ; 8 h. 52 m., les zones ont disparu. Les nerfs situés au-dessus de la zone ne sont plus excitables

Exp. 59. — Em... B... — L'application d'un courant continu descendant (20 éléments) pendant 15 minutes sur le rachis, de la première vertèbre dorsale à la première lombaire, fait disparaître *toutes* les zones hystérogènes. Sensibilité et nerfs au-dessus ?

Exp. 60. — El... Güt... (20 avril). — P. P., septième vertèbre cervicale, P. N., cinquième lombaire (22 éléments); 2 h. 31 m., application. Les zones ont été reconnues très excitables; 2 h. 43 m., les zones des plis des coudes et du jarret gauche ont disparu. Le sciatique gauche et les médians comprimés au-dessus des zones ne provoquent plus l'attaque. Les zones mammaires persistent. Pas de retour de la sensibilité, sauf autour du pôle négatif; 2 h. 49 m., zones mammaires ont disparu. Pas de modification de l'anesthésie à leur niveau. Pas de retour de la sensibilité générale; 3 h. 15 m., zones sont revenues, ainsi que l'excitabilité des nerfs situés au-dessus d'elles.

Mêmes expériences avec mêmes résultats chez Léonie.

B. — *Courants ascendants.*

Exp. 61. — Alb... Mor... (27 mars). — P. N., septième vertèbre cervicale, P. P., cinquième vertèbre lombaire (10 éléments). Les zones ont été reconnues très excitables et l'insensibilité occupe tout le côté

gauche; 2 h. 31 m., application; 2 h. 35 m., les zones des plis des coudes ont disparu. Les médians comprimés dans le tiers supérieur du bras et dans le creux axilaire ne provoquent plus d'attaque. Les zones mammaires sont à peine excitables. Les zones poplitées ont également diminué d'intensité. La sensibilité sensorielle et générale commence à revenir. 2 h. 38 m., toutes les zones ont disparu. Les nerfs sciatiques comprimés à leur émergence du bassin ne sont pas excitables, non plus que les médians. La sensibilité est bien revenue, elle est toujours un peu moins vive que du côté droit.

22 avril. Ce matin, les zones ne sont pas encore revenues. Les pressions les plus vives ne peuvent provoquer une attaque. Les nerfs au-dessus des zones sont également inexcitables. Alb... ne souffre point. 3 h. de l'après-midi. Les zones reviennent.

Exp. 62. — El... Güt... (21 avril). — P. N., septième vertèbre cervicale; P. P., cinquième vertèbre lombaire (10 éléments). 2 h. 44 m., application; toutes les zones ont été reconnues excitables à la pression; 3 h. 4 m., les zones ont diminué d'intensité, mais elles sont encore excitables aux pressions énergiques. La zone du pli du coude gauche est la moins excitable; 3 h. 5 m., les zones ont disparu. L'excitation des troncs nerveux au-dessus des zones reste inefficace. Pas de retour de la sensibilité.

Exp. 63. — Suz... Bern... (1er avril). — P. N., septième vertèbre cervicale; P. P., cinquième lombaire (15 éléments); 9 h. 54 m., application, les zones ayant été reconnues excitables; 10 h. 10 m., les zones hystérogènes ont disparu. Les pressions les plus fortes ne peuvent les réveiller. Les médian et sciatique gauches sont inexcitables; 10 h. 25 m., zones commencent à revenir et avec elles l'excitabilité des nerfs situés au-dessus.

Exp. 64. — Léon... Parf... (23 avril). — P. N., septième vertèbre cervicale; P. P., troisième lombaire; 10 h. 20 m., application, les zones ayant été reconnues excitables; 10 h. 35 m., zones ont disparu. Nerfs au-dessus ne provoquent plus de crises; 11 h. 42 m., zones ont reparu, ainsi que l'excitabilité des nerfs.

Les autres malades ont fourni les mêmes données.

En résumé :

Les courants médullaires ascendants et descendants ont la même action sur les zones hystérogènes. Ils pro-

voquent leur disparition générale. Les troncs nerveux qui se rendent à ces zones subissent la même influence. Comme celle des zones, leur excitabilité disparaît.

III. — Courants voltaïques cérébraux

En agissant directement sur le cerveau, les résultats seront-ils les mêmes que lors de l'électrisation médullaire? C'est le point qu'il nous reste à résoudre.

Exp. 65. — Alb... Mor... (22 mars 1882). — P. P., tempe droite; P. N., tempe gauche (8 éléments); 4 heures, application, les zones ayant été reconnues excitables. Hémianesthésie gauche; 4 h. 20 m., les zones ont disparu. La douleur persiste, mais non l'excitabilité particulière. Les troncs nerveux situés au-dessus des zones ne sont plus excitables. Retour de la sensibilité générale et sensorielle; 6 h. 30 m., zones reparaissent. Sensibilité persiste.

Exp. 66. — Alb... Mor... (23 mars). — P. P., tempe gauche, P. N., tempe droite (6 éléments); 8 h. 51 m., application, zones excitables. Hémianesthésie gauche; 9 h. 1 m., sensibilité générale commence à revenir. Zones ont disparu. Médians et sciatiques ne sont plus excitables; 9 h. 10 m., sensibilité générale et spéciale presque égales des deux côtés.

Exp. 67. — El... Gut. . (24 avril). — P. P., tempe droite; P. N., tempe gauche (8 éléments); 3 h. 55 m., application; toutes les zones sont reconnues excitables à la pression. Hémianesthésie gauche; 4 h. 10 m., zones ont disparu. Les nerfs situés au-dessus d'elles ne sont plus excitables. Pas de retour de la sensibilité; 5 h. 20 m., les zones ont reparu.

Exp. 68. — Léon... Parf... (24 avril). — P. P., tempe droite; P. N., tempe gauche (8 éléments); 4 h. 16 m., application; les zones ont été reconnues excitables à la pression; 4 h. 25 m., les zones ont disparu. Les pressions les plus vives ne peuvent les exciter, non plus que les nerfs situés au-dessus d'elles (médians et sciatique gauche).

Exp. 69. — Suz.. Bern... (2 avril). — P. P., tempe gauche; P. N., tempe droite (4 éléments). Application, 3 heures, les zones ayant été

reconnues excitables ; 3 h, 20 m., zones ont disparu. Les nerfs situés au-dessus d'elles ne provoquent plus d'attaque à la pression.

Exp. 70. — Em... Bail... (3 avril). — P. P., tempe droite. P. N., tempe gauche (8 éléments); 4 h. 15 m., application. Toutes les zones sont bien constatées hystérogènes. Hémianesthésie gauche; 1 h. 27 m., sensibilité revient, zones affaiblies; 1 h. 30 m., zones ont disparu, ainsi que l'excitabilité des troncs nerveux situés au-dessus d'elles (médians et sciatiques des deux côtés); 3 h. 50 m., la sensibilité persiste, les zones sent revenues.

Chez Marie, les expériences n'ont pas été faites.

En résumé :

Les courants cérébraux de faible intensité agissent comme les courants médullaires. Mais ils demandent une application moins longue. Ils suppriment toutes les zones hystérogènes à la fois, ainsi que l'excitabilité des troncs nerveux qui se rendent à ces zones. La compression de ces derniers ne provoque plus l'attaque.

IV. — Retour des zones hystérogènes.

Les influences locales ou générales que nous avons fait agir sur les zones hystérogènes, amènent, nous l'avons vu, la disparition de ces zones. Mais cet effacement n'est que temporaire. Au bout d'un temps variable, les zones reparaissent. Si l'on se rapporte aux expériences qui ont occupé le chapitre précédent, on en retirera l'idée que, en terme général, la disparition des zones est plus longue sous l'influence des actions médullaires ou cérébrales. Tandis que celles-ci peuvent maintenir leurs effets pendant des journées entières, les actions locales durent au plus quelques heures. Il faut ajouter que la fréquence des modifications influe sur leur persistance. Alb... Mor.. alors

que, pour les premières fois, on la soumettait aux courants médullaires ou cérébraux, voyait ses zones ne disparaître que quelques heures. Une semaine après, les choses avaient changé ; sous l'influence de l'électricité portée sur les centres, les zones disparaissaient un, deux, trois jours. Nous avons même vu cette disparition durer jusqu'à six jours. Nos autres malades nous ont présenté des phénomènes semblables.

Il y a-t-il là une indication thérapeutique, nous le pensons. Pendant l'effacement des zones, les attaques sont beaucoup moins fréquentes, leurs prodromes moins douloureux, l'aura hystérogène étant supprimée. De plus cette série de disparitions temporaires des zones n'est pas sans influence sur leur transformation mais c'est là un chapitre que nous ne pouvons qu'indiquer. Les éléments nous manquent pour le mener à bonne fin.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° Les zones hystérogènes peuvent siéger à la tête, au tronc (Bourneville, Richer, Buet) et aux membres ;

2° Leur symétrie est fréquente, non constante ;

3° Leur forme est variable, ainsi que leur étendue. Leur nombre n'a aucun rapport avec le degré de l'affection ;

4° Leur température est la même que celle des régions voisines ;

5° L'état de la sensibilité à leur niveau n'est pas constant. Chez une même malade, on rencontre des zones anesthésiques et d'autres qui sont sensibles ;

6° Elles n'ont pas de rapport fixe avec l'hémianesthésie. Toutefois, quand elles sont unilatérales, elles siègent de préférence du même côté que l'hémianesthésie;

7° La douleur spontanée à leur niveau présente des caractères constants chez toutes les malades; elle est constrictive, locale, profonde. Elle se montre pendant les prodromes des crises (aura hystérogène); quelques zones seulement en sont le siège.

8° Quelques malades, en même temps que des zones hystérogènes, présentent des zones douloureuses. Celles-ci n'ont pas de caractères physiques propres. Leur douleur est vague. Elles sont impuissantes à provoquer l'attaque. Elles peuvent se transformer et devenir hystérogènes.

9° Les zones hystérogènes conservent pendant l'attaque et la catalepsie toute leur efficacité.

10° Les zones hystérogènes peuvent apparaître spontanément. Leur disparition peut-être aussi imprévue.

11° Elles peuvent, sans disparaître, modifier leur mode d'action;

12° De *convulsiogènes*, elles peuvent devenir *cataleptogènes*;

13° Les zones des membres sont inexcitables par le froid, poussé même jusqu'à l'anesthésie, la chaleur, les piqûres, les frictions;

14° Les zones mammaires sont excitables par le froid intense;

15° *Toutes* les zones sont excitables à la pression. La douleur locale ainsi produite a les mêmes caractères que la douleur spontanée : elle est constrictive, profonde, locale. Elle est suivie, sans irradiations intermédiaires, de l'aura ovarienne;

16° Le siège de la zone pour les membres n'est ni der-

mique, ni musculaire. Il occupe le tronc nerveux sous-jacent. Celui-ci dans tout son trajet accessible (sciatique, à son émergence du bassin, médian sous le biceps), est hystérogène à la pression comme la zone elle-même.

17° Les zones mammaires, comme les zones ovariennes, sont viscérales;

18° L'anémie locale (ligature circulaire — bande d'Esmarch), — le sinapisme, les injections sous-cutanées d'eau froide, l'électrisation locale, continue ou interrompue, font disparaître l'excitabilité de la zone. Le tronc nerveux conserve son excitabilité au-dessus, dans tout le territoire sur lequel n'a pas agi l'agent modificateur;

19° Les métaux et le bois produisent les mêmes résultats sur les malades sur lesquelles ils sont œsthésiogènes;

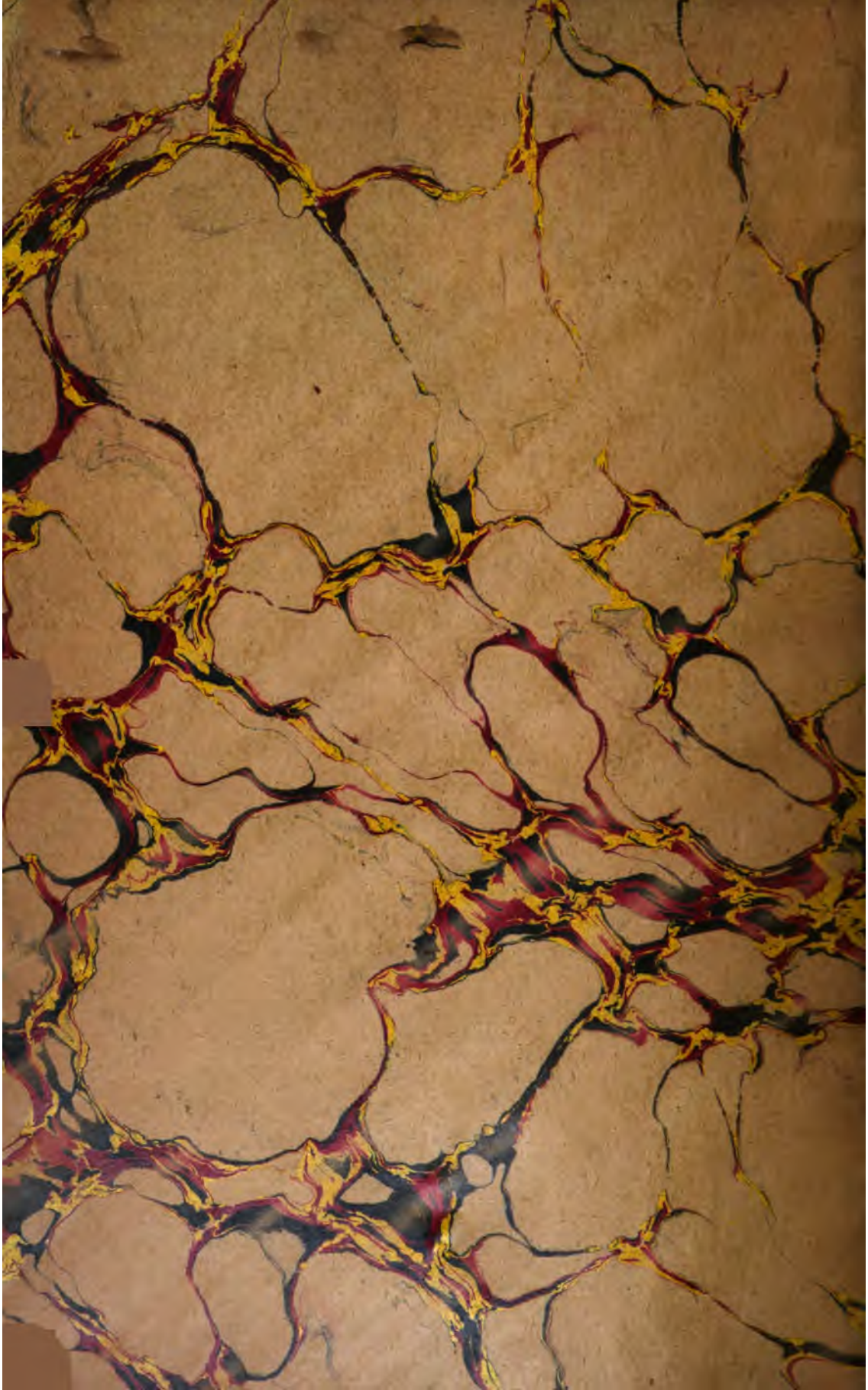
20° Pendant la résolution éthérique, les zones hystérogènes disparaissent, et avec elles l'excitabilité des nerfs qui les commandent;

21° Les courants médullaires (ascendants ou descendants), les courants cérébraux amènent la disparition générale des zones, et la perte d'excitabilité des troncs nerveux qui s'y rendent;

22° Les zones hystérogènes effacées par des actions locales ou générales, reparaissent après un temps variable;

23° La disparition est de beaucoup plus longue, après les actions portées sur les centres cérébro-spinaux.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.



COUNTWAY LIBRARY
HC 2V53 7